

TESIS DOCTORAL

AÑO 2018



**PROCESOS TRANSDIAGNÓSTICOS
ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE
ANSIEDAD Y DEPRESIVOS**

DAVID PINEDA SÁNCHEZ

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
DE LA SALUD**

D. BONIFACIO SANDÍN FERRERO

D.ª PALOMA CHOROT RASO

D.ª ROSA MARÍA VALIENTE GARCÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACION A DISTANCIA

Facultad de Psicología

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos



TESIS DOCTORAL

Programa de Doctorado de Psicología de la Salud

**Procesos transdiagnósticos asociados a los síntomas
de los trastornos de ansiedad y depresivos**

David Pineda Sánchez

Director de la tesis

Dr. Bonifacio Sandín Ferrero

Catedrático de la Universidad Nacional de Educación a Distancia

Codirectoras de la tesis

Dra. Paloma Chorot Raso

Catedrática la Universidad Nacional de Educación a Distancia

Dra. Rosa María Valiente García

Profesora Titular de la Universidad Nacional de Educación a Distancia

Madrid, mayo de 2018

A mi mujer, Ana y mis hijos, Nayara y Adrián, ellos me dan la fuerza que me empuja a superarme cada día. Sin su apoyo incondicional no lo hubiese logrado. Os quiero.

Agradecimientos:

La presente Tesis ha sido realizada bajo la supervisión de D. Bonifacio Sandín Ferrero, D.^a Paloma Chorot Raso y D.^a Rosa María Valiente García, a quienes me gustaría expresar mi más profundo agradecimiento por haber creído en mí.

A Bonifacio, a quien tengo en gran estima, un gran profesor y mejor persona. A lo largo de estos años me ha transmitido su pasión por la investigación y su forma de trabajar, seria y rigurosa, que humildemente he intentado aplicar en este trabajo.

A Rosa y Paloma por el afecto y el cariño con el que siempre me han tratado, ellas me han mostrado la cara más humana del trabajo investigador.

A José Antonio, por su ayuda incondicional sin horarios ni festivos.

A Peter Muris, por sus sabios consejos.

A mi mujer y mis hijos, por los momentos sacrificados.

A Adolfo, Eva, Laura y Adrián por el cariño con que me han acogido en su casa durante estos años, dándome un segundo hogar.

A mi familia y a mis amigos por el apoyo que me han dado.

A mis padres, sin cuya ayuda este trabajo no hubiera sido posible.

Gracias a todos

Índice

Índice.....	7
Índice de tablas	17
Índice de figuras.....	20
Índice de símbolos, abreviaturas y siglas.....	21
Resumen.....	25
Introducción.....	27
Impacto de los trastornos mentales	27
Los trastornos de ansiedad	28
Los trastornos depresivos.....	30
Prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión.....	31
Coste sanitario.....	32
Comorbilidad	33
Sistemas de clasificación dimensionales vs categoriales	34
El transdiagnóstico	35
Variables transdiagnósticas.....	37
Afecto positivo y afecto negativo.....	41
Sensibilidad a la ansiedad	43
Intolerancia a la incertidumbre.....	45

Regulación emocional.....	47
Perfeccionismo.....	51
Modelos transdiagnósticos	55
Retos de investigación del modelo transdiagnóstico de psicopatología	62
Objetivos	64
Hipótesis	67
Hipótesis del estudio 1:.....	67
Hipótesis del estudio 2:.....	67
Hipótesis del estudio 3:.....	67
Hipótesis del estudio 3:.....	68
Hipótesis del estudio 4:.....	68
Estudio 1: Short version of the Intolerance of Uncertain Scale: Psychometric properties of the Spanish version	71
Method.....	71
Participants and procedure	71
Measures	72
Intolerance of uncertainty	72
Symptom Assessment–45 (SA-45).....	72
Penn State Worry Questionnaire.....	73
Padua Inventory Washington-State Revision	73
Results.....	73

Confirmatory factor analysis.....	73
Reliability.....	75
Validity I: Gender differences	75
Validity II: Correlations with worries and psychiatric symptoms	75
Discussion	76
Estudio 2: Invarianza factorial y temporal de la versión española del Cuestionario de Regulación Emocional ERQ	79
Método.....	79
Participantes	79
Instrumentos	81
Cuestionario de Regulación Emocional.....	81
Cuestionario de Síntomas Psicopatológicos Abreviado	81
Escala de Tolerancia al Estrés	82
Escala de Alexitimia de Toronto	82
Procedimiento	83
Análisis estadísticos.....	84
Resultados.....	85
Análisis factorial confirmatorio del ERQ.....	85
Validez convergente y discriminante.....	87
Fiabilidad.....	89
Invarianza	91
Baremos del ERQ	91

Discusión	93
Estudio 3: Estructura factorial y propiedades psicométricas de la Versión Abreviada de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost.....	97
Método.....	97
Participantes	97
Instrumentos	98
Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost.....	98
Cuestionario de Síntomas Psicopatológicos Abreviado	99
Procedimiento	100
Análisis estadísticos.....	100
Resultados.....	102
Análisis Factorial de la FMPS	102
Validez convergente y discriminante.....	105
Fiabilidad.....	108
Discusión	108
Estudio 4: Modelo jerárquico de vulnerabilidades transdiagnósticas para trastornos emocionales, nuevas evidencias	113
Método.....	113
Participantes	113
Instrumentos	114
Escala de Síntomas de Trastornos de Ansiedad y Depresión...	114
Cuestionario de Regulación Emocional.....	116

Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost Revisada	117
Procedimiento	117
Análisis estadísticos.....	117
Resultados.....	118
Análisis del modelo transdiagnóstico de Norton y Mehta.....	120
Análisis del modelo transdiagnóstico de Norton y Mehta ampliado	122
Asociaciones específicas de los componentes de la sensibilidad a la ansiedad	125
La regulación emocional como variable transdiagnóstica en el modelo jerárquico.....	128
El perfeccionismo como variable transdiagnóstica en el modelo jerárquico.....	129
Discusión	131
El modelo jerárquico extendido.....	133
Especificidad de los componentes de la sensibilidad a la ansiedad	134
El papel de la regulación emocional en el modelo jerárquico	135
El papel del perfeccionismo en el modelo jerárquico	136
Discusión y conclusiones	139
Limitaciones	145
Referencias	147

Anexos	185
Anexo I: Artículos	187
Invarianza factorial y temporal de una versión española del Cuestionario de Regulación Emocional ERQ	190
Método	195
Participantes	195
Instrumentos	196
Escala de Alexitimia de Toronto.....	197
Procedimiento.....	198
Análisis estadísticos	199
Resultados	200
Análisis factorial confirmatorio del ERQ	200
Validez convergente y discriminante	201
Fiabilidad	202
Invarianza	203
Baremos del ERQ.....	204
Discusión.....	204
Referencias	208
Title: Psychometric properties of the Spanish short version of the Intolerance of Uncertainty Scale	245
1 Introduction.....	246
2 Method	248

2.1	Participants and procedure	248
2.2	Measures	248
2.2.1	Intolerance of Uncertainty Scale-short version (IUS-12)	248
2.2.2	Symptom Assessment-45 (SA-45)	248
2.2.3	Penn State Worry Questionnaire	249
2.2.4	Padua Inventory Washington-State Revision.....	249
3	Results	249
3.1	Confirmatory factor analysis.....	249
3.2	Reliability.....	250
3.3	Validity I: Gender differences	250
3.4	Validity II: Correlations with worries and psychiatric symptoms	
	250	
4	Discussion	251
5	References	253
	Figure 1.	285
	Factor structure of the Spanish version of the IUS-12 as obtained with	
	confirmatory factor analysis.....	285
	Anexo II: Instrumentos	287
	ASI-3.....	289
	CD	291
	DTS	293
	ERQ.....	295

ESTAD.....	296
FMPS.....	297
FMPS-20	299
IUS-12	301
PANAS	303
PI-WSUR	305
PSWQ-11	307
SA-45.....	309
TAS-20	313
Anexo III: Instrucciones Participantes	315
Invitación	317
Instrucciones	319
Comentarios adicionales	321
Anexo IV: Criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y otros trastornos relacionados.....	323
Trastorno de depresión mayor.....	325
Trastorno depresivo persistente (distimia).....	329
Fobia específica.....	331
Trastorno de ansiedad social (fobia social)	333
Trastorno de pánico.....	335
Especificador del ataque de pánico	337
Agorafobia	339

Trastorno de ansiedad generalizada	341
Trastorno de ansiedad por enfermedad.....	343
Trastorno obsesivo-compulsivo	345

Índice de tablas

Tabla 1.1.....	39
Antecedentes del transdiagnóstico desde la psicopatología.....	39
Tabla 1.2.....	40
Conceptos y procesos psicopatológicos transdiagnósticos.....	40
Table 2.1. Descriptive statistics of the sample	71
Table 2.2. Distribution of participants by provinces (n y %).....	72
Table 2.3. Correlations between Intolerance of uncertainty (IUS-12), and scales measuring psychiatric symptomatology (SA-45), Worries (PSWQ), and Obsessive-compulsive symptoms (PI-WSUR).....	76
Tabla 3.1. Estadísticos descriptivos de las muestras.....	80
Tabla 3.2. Distribución de participantes por provincias (n y %).....	80
Tabla 3.3. Índices de bondad de ajuste para los diferentes modelos relacionados con la estructura factorial de la ERQ, basados en los análisis factoriales confirmatorios (n = 997).....	86
Tabla 3.4. Correlaciones de Pearson de los ítems y los factores y varianza media extraída por los factores.....	87
Tabla 3.5. Estadísticos descriptivos de las escalas, correlaciones entre las dimensiones de regulación emocional y otras variables relevantes y sus coeficientes de fiabilidad.....	89
Tabla 3.6. Descriptivos y baremos poblacionales por sexo y grupos de edad.....	92
Tabla 4.1. Estadísticos descriptivos	97
Tabla 4.2 Distribución de participantes por provincias (n y %).....	98

Tabla 4.3. Índices de bondad de ajuste para los diferentes modelos relacionados con la estructura factorial de la FMPS, basados en los análisis factoriales confirmatorios (n = 983).....	103
Tabla 4.4 Autovalores de los factores extraídos en el análisis paralelo	104
Tabla 4.5. Medias, desviaciones típicas y correlaciones de Pearson de los ítems y los factores, fiabilidad y varianza media extraída por los factores.....	106
Tabla 4.6. Estadísticos descriptivos de las escalas, correlaciones entre las dimensiones de regulación emocional y otras variables relevantes y sus coeficientes de fiabilidad.....	107
Tabla 5.1. Estadísticos descriptivos	113
Tabla 5.2 Distribución de participantes por provincias (n y %).....	114
Tabla 5.3. Estadísticos de adecuación muestral	119
Tabla 5.4. Índices de bondad de ajuste de la estructura factorial para las diferentes escalas, basados en los AFCs con ajuste DWLS (n = 983).....	119
Tabla 5.5. Estadísticos descriptivos y fiabilidad de las escalas.....	120
Tabla 5.6 Cargas factoriales estandarizadas del modelo estructural ...	121
Tabla 5.7. Cargas factoriales estandarizadas del modelo extendido (modelo estructural).....	124
Tabla 5.8 Cargas factoriales estandarizadas del modelo de asociación específica de los componentes de la sensibilidad a la ansiedad (modelo estructural).....	127
Tabla 5.9 Cargas factoriales estandarizadas del modelo jerárquico de vulnerabilidad y la regulación emocional (modelo estructural).....	128

Tabla 5.10 Cargas factoriales estandarizadas del modelo jerárquico de vulnerabilidad y el perfeccionismo (modelo estructural)	130
Table 1.....	282
Descriptive statistics of the sample	282
Table 2.....	283
Distribution of participants by provinces (n y %).....	283

Índice de figuras

Figura 1.1. Número de trabajos recuperados en Google Académico que usaron el término transdiagnóstico	36
Figura 1.2. Modelo tripartito de los trastornos emocionales, adaptado de Clark y Watson, 1991.....	42
Figura 1.3. Modelo de la triple vulnerabilidad, adaptado de Barlow 2004	56
Figura 1.4. Modelo jerárquico de las vulnerabilidades, adaptado de Norton y Mehta, 2007	57
Figure 2.1. Factor structure of the Spanish version of the IUS-12 as obtained with confirmatory factor analysis	74
Figura 3.1. Estructura y cargas factoriales estandarizadas de la ERQ ..	90
Figura 4.1. Estructura factorial de la FMPS-20	109
Figura 5.1 Modelo base y modelo extendido.....	123
Figura 5.2 Modelo extendido	124
Figura 5.3 Modelo de asociación específica de los componentes de la sensibilidad a la ansiedad.....	126
.....	126

Índice de símbolos, abreviaturas y siglas

Ag	Agorafobia
AIC	Criterio de información de Akaike
AN	Afecto negativo
AP	Afecto positivo
AS	Ansiedad social
ASI-3	Escala de Sensibilidad a la Ansiedad 3
AVE	Varianza media extraída por los factores
CD	Cuestionario de Depresión
CFA	Análisis factorial confirmatorio
CFI	Índice de ajuste comparativo
DSM-5	Manual diagnóstico de los trastornos mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana en su versión 5 (2013)
<i>DT</i>	Desviación típica
DTS	Escala de Tolerancia al Estrés
DWLS	Mínimos cuadrados ponderados diagonalmente
DYS	Trastorno depresivo persistente, o distimia en versiones anteriores del DSM
ERQ	Escala de Regulación Emocional
ESTAD	Escala de Síntomas de Trastornos de Ansiedad y Depresión
FE	Fobia específica
FMPS	Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost
FMPS-20	Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost Revisada

GFI	Índice de bondad de ajuste general
gl	Grados de libertad
IC	Intervalo de confianza
IoU	Intolerancia a la incertidumbre
IUS	Escala de Intolerancia a la Incertidumbre
IUS-12	Escala de Intolerancia a la Incertidumbre de 12 ítems
IUS-27	Escala de Intolerancia a la Incertidumbre de 27 ítems
KMO	Test Kaiser-Meyer-Olkin
<i>M</i>	Media
NFI	Índice de ajuste normalizado
OR	Odds ratio
<i>p</i>	Nivel de significación
PANAS	Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo
PI-WSUR	Inventario de Padua
PSWQ-11	Cuestionario de Preocupaciones de 11 ítems
<i>r</i>	Correlación de Pearson
RMSEA	Error cuadrático medio de aproximación
RULS	Mínimos cuadrados no ponderados robusto
S-B χ^2	Chi cuadrado escalado de Satorra-Bentler
SA	Sensibilidad a la Ansiedad
SA-45	Escala de Síntomas Abreviada de 45 ítems
SCL-90	Lista de Revisión de Síntomas
SRMR	Raíz del residuo estandarizado cuadrático medio
SW	Test de Shapiro-Wilk
TAG	Trastorno de ansiedad generalizada

TAS-20	Escala de Alexitimia de 20 ítems
TDDEA	Trastorno de desregulación disruptiva del estado del ánimo
TDM	Trastorno depresivo mayor
TDP	Trastorno disfórico premenstrual
TLI	Índice de Tucker Lewis
TP	Trastorno de pánico
α	Alfa de Cronbach
Δ	Incremento
χ^2	Chi cuadrado
ω	Omega de McDonald

Resumen

Los trastornos de ansiedad y depresivos son unos de los más prevalentes en las sociedades occidentales. El coste de sanitario en España de estos problemas ronda los 6000 millones de euros anuales. Los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad presentan altas tasas de comorbilidad, compartiendo una gran cantidad de síntomas, características y estructuras latentes, así como ciertos factores de vulnerabilidad similares.

Recientemente han surgido modelos alternativos para abordar estos problemas. Uno de los más prometedores es el modelo transdiagnóstico, que entiende que los trastornos de ansiedad y depresión comparten variables y procesos etiológicos y de mantenimiento. Existen dos modelos transdiagnósticos con amplio reconocimiento, si bien hay pocos estudios que hayan puesto a prueba el respaldo empírico a dichos modelos. En consecuencia, en esta tesis se plantea explorar estas relaciones con base en los análisis de modelos de variables latentes. Para ello, es fundamental contar con herramientas de medida que garanticen que los datos con los que se van a explorar estos modelos estadísticos tienen la suficiente precisión, o, dicho de otro modo, que disponemos de medidas de los constructos implicados en el modelo válidas y fiables. Los objetivos específicos de esta tesis han sido: 1) La validación de la versión española de la escala de intolerancia a la incertidumbre (IUS-12); 2) la validación de una versión española de la escala de regulación emocional (ERQ); 3) la revisión de la estructura factorial de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (FMPS); 4) la replicación del modelo jerárquico de vulnerabilidad; 5) validación del modelo jerárquico de vulnerabilidad extendido; 6) exploración de la especificidad de los componentes de la sensibilidad a la

ansiedad como variables de vulnerabilidad transdiagnósticos; 7) explorar el papel de la regulación emocional como variable de vulnerabilidad en el modelo jerárquico extendido; y por último 8) explorar el papel del perfeccionismo como variable de vulnerabilidad en el modelo jerárquico extendido. En definitiva, el poder establecer con modelos de variables latentes, la relación que las variables de vulnerabilidad transdiagnóstica mantienen con los distintos trastornos de ansiedad y del estado del ánimo. Para abordar esta tarea, ha sido necesaria la validación de la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (IUS-12) y el Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ), así como la revisión de los ítems y la estructura factorial de la Escala Multidimensional de Perfeccionamos de Frost (FMPS).

Los resultados de este trabajo han aportado evidencias empíricas del modelo jerárquico de vulnerabilidad. Así mismo, se han reportado evidencias sobre la validez del modelo jerárquico extendido, lo que supone un importante avance en el conocimiento de las variables transdiagnósticas y su relación con la psicopatología. Además, se han abordado nuevos conceptos transdiagnósticos como la regulación emocional y el perfeccionismo que hasta ahora no se había tenido en cuenta en el modelo jerárquico de vulnerabilidad. Si bien no se ha podido concluir que la regulación emocional, taras controlas el efecto del resto de variables, tenga un pale relevante como factor de vulnerabilidad, si parece que el perfeccionismo aporta al modelo capacidad explicativa. Se discuten las implicaciones que estos hallazgos tienen para la psicopatología, así como las futuras líneas de investigación.

Introducción

Impacto de los trastornos mentales

Los problemas de salud mental tienen serias consecuencias, no solo para las personas y sus familias, sino también para la competitividad de la economía y el bienestar de la sociedad. La salud mental también es un fuerte factor de riesgo de morbilidad y mortalidad por otras enfermedades. Se ha demostrado que la presencia de depresión, en particular, afecta fuertemente las tasas de supervivencia de las personas con enfermedades cardiovasculares y cáncer (World Health Organization, 2013). Los trastornos mentales son el segundo factor que más contribuye a la carga de morbilidad en de Europa (el 19%) y la causa más importante de discapacidad. Los trastornos mentales comunes (depresión y ansiedad) afectan aproximadamente a 1 de cada 4 personas en la comunidad cada año. Sin embargo, alrededor del 50% de las personas con trastornos mentales no reciben ningún tipo de tratamiento (World Health Organization, 2013). Los trastornos mentales representaron la mayor proporción (56.7%), de años de vida ajustados por discapacidad (Whiteford, Ferrari, Degenhardt, Feigin, y Vos, 2015). Por ejemplo, Walker, McGee y Druss (2015), en un reciente estudio de meta-análisis, encontraron que teniendo en cuenta todas las todas las causas de mortalidad a nivel mundial, el riesgo relativo combinado de mortalidad entre las personas con trastornos mentales fue de 2.22 (*OR*). Estas estimaciones sugieren que los trastornos mentales se encuentran entre las causas más importantes de muerte en todo el mundo. Según Vigo, Thornicroft y Atun (2016), las enfermedades mentales serían 5 de las 20 principales causas de la morbilidad mundial en 2013, siendo la depresión la

segunda causa de morbilidad, seguida de los trastornos de ansiedad que ocuparían el 5º puesto siendo ambas los dos primeros trastornos mentales en la lista. La distimia por su parte ocuparía el puesto 16 (Vigo et al., 2016). Estos datos ponen de relieve la necesidad de un mayor esfuerzo en investigación en el campo de los trastornos mentales y con un especial interés si cabe, en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

Los trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad han sido definidos como un miedo o una ansiedad excesivos y que vendrían relacionadas con alteraciones del comportamiento (American Psychiatric Association, 2013). Tradicionalmente, los términos de miedo y ansiedad se han diferenciado porque el primero se asocia a algún tipo de estímulo amenazante externo, mientras la ansiedad sería un estado emocional más o menos difuso sin una fuente externa de amenaza reconocible (Sandin y Chorot, 2009). De este modo, el miedo sería la respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria que generalmente viene acompañado de una respuesta de lucha o huida, mientras que la ansiedad sería la respuesta anticipatoria a una amenaza futura que puede ocurrir o no, acompañada de un versión atenuada de la reacción fisiológica al miedo (Asmundson, Taylor, Bovell, y Collimore, 2006; Barlow, 2002; Carleton, Sharpe, y Asmundson, 2007). Ambas son respuestas básicas de protección, adaptativas e indispensables (Barlow, 2002). Así pues, el miedo estaría más asociado a respuestas de huida ante la presencia estímulos desencadenantes de la conducta, mientras que la ansiedad guardaría más relación con el comportamiento de evitación de riesgos futuros.

Una propiedad importante de la ansiedad y del miedo es su capacidad de anticipar o señalar el peligro o amenaza para el individuo, lo que le confiere un importante valor funcional biológico-adaptivo. No obstante, esta utilidad puede llegar a ser desadaptativa cuando sobreestima el peligro objetivo o su probabilidad de ocurrencia, pudiendo llegar a desembocar en las distintas patologías del espectro ansioso. Algunos autores han señalado que la diferencia entre la ansiedad o el miedo como respuesta normal, de aquella otra que consideramos patológica, es de tipo cuantitativo, esto es, que presenta un mayor nivel de ocurrencia, intensidad y duración (Sandin y Chorot, 2009).

Desde el punto de vista clínico, los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal por ser excesivos o persistir más allá de los perdidos razonables (American Psychiatric Association, 2013). Los diferentes trastornos de ansiedad se diferencian entre sí en función del tipo de objeto o situaciones desencadenantes del miedo, la ansiedad o las conductas de evitación y del contenido de los pensamientos o creencias asociadas. Según la última revisión del manual diagnóstico de los trastornos mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), los trastornos específicos de la ansiedad en la edad adulta son: la fobia específica (FE), la ansiedad social sensibilidad a la ansiedad, el trastorno de pánico (TP), la agorafobia (Ag) y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), junto a otras dos categorías relacionadas con el consumo/privación de sustancias o debido a enfermedades médicas.

Los trastornos depresivos

La tristeza o el abatimiento puede ser un sentimiento con funciones filogenéticas adaptativas, como recabar una mayor atención y cuidado por parte del entorno, como un modo de comunicación ante una pérdida significativa, o como una manera de mantener la energía para hacer frente a ulteriores procesos adaptativos. Pero estar triste no siempre es una emoción adaptativa. En ocasiones, pueden interferir extraordinariamente con las capacidades de la persona que los sufre, bien por su duración, por su frecuencia, por su intensidad o por su aparente «autonomía». Pueden llegar a ser, en definitiva, patológicos (Vázquez y Sanz, 2009). Este sentimiento de tristeza es una de las condiciones de malestar psicológico más frecuentes en seres humanos. Sin embargo, este sentimiento de tristeza, melancolía o depresión no resultan suficientes para el diagnóstico de depresión clínica. Debemos por tanto emplear otros criterios simultáneos, considerando así la depresión clínica como un síndrome más complejo. Algunos autores han sugerido que la diferencia entre la depresión clínica y los estados de ánimo depresivos más o menos transitorios, estribaría en la intensidad de los síntomas, de modo que los estados de ánimo variarían en continuo de gravedad (Vázquez y Sanz, 2009).

Según el DSM-5, Las categorías diagnósticas incluidas entre los “trastornos depresivos” son: el trastorno de desregulación destructiva del estado del ánimo (TDDEA), el trastorno depresivo mayor (TDM), el trastorno depresivo persistente (antes distimia; DYS), el trastorno disfórico premenstrual (TDP), además de otras dos categorías relacionadas con el consumo/privación de sustancias o debido a enfermedades médicas. El rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de

cambios somáticos y cognitivos, afectando de manera significativa la capacidad funcional del individuo. Lo que diferencia entre sí a estos trastornos es su duración, la persistencia temporal o la supuesta etiología (American Psychiatric Association, 2013).

Prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión

Los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo poseen un especial interés para la psicopatología, por ser unos de los trastornos con una mayor tasa de prevalencia entre la población y los más frecuentes en el contexto clínico. Los estudios comunitarios y de asistencia primaria también han señalado una elevada prevalencia de pacientes con síntomas subclínicos de ansiedad y depresión que, sin reunir los criterios para un diagnóstico de ansiedad o depresión, poseen sin embargo elevados niveles de malestar y sufrimiento (Sandin y Chorot, 2009).

En una reciente revisión del tema, Remes, Brayne, van der Linde y Lafortune (2016) han realizado una revisión de revisiones sistemáticas y meta-análisis sobre la prevalencia mundial de los trastornos de ansiedad. Siguiendo los criterios del método PRISMA, identificaron más de 1200 trabajos de revisión sobre ansiedad. Después de eliminar duplicados, revisar los resúmenes y aplicar los criterios de inclusión y exclusión, la muestra quedó conformada por 48 trabajos de revisión originales. Los autores informaron de una alta heterogeneidad en las estimaciones de prevalencia entre los estudios primarios, reportando datos de prevalencia de los trastornos de ansiedad en general (3.8 - 25.0 %), y de forma particular en mujeres (5.2 - 8.7 %); adultos jóvenes (2.5 - 9.1 %); personas con enfermedades crónicas (1.4 – 70.0 %); y personas de culturas

Anglo/Europeas (3.8 - 10.4 %), Indo/Asiáticas (2.8 %), Africana (4.4 %), Centro/Este de Europa (3.2 %), Norte de África/Medio Oriente (4.9 %), y Culturas ibero/latina (6.2 %; Remes et al., 2016).

En el contexto europeo, se han realizado estudios de campo para determinar la prevalencia vital de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. En esta línea, cabe destacar el trabajo de Alonso y colaboradores (2004). En el estudio participaron 21425 sujetos mayores de 18 años, de seis países europeos (Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda e Italia). Los resultados de este trabajo sitúan las tasas de prevalencia vital de los trastornos del estado de ánimo en el 14.0 % y del 13.6 % para cualquier trastorno de ansiedad. En lo relativo a las tasas de prevalencia a un año, los autores reportaron 4.2 % para los trastornos del estado de ánimo y 6.4 % para los trastornos de ansiedad (Alonso et al., 2004).

Si centramos nuestro interés en el contexto español, las cifras reportadas por los estudios son ligeramente superiores para el caso de los trastornos del estado del ánimo, con tasas de prevalencia vital del 15.9 %, y algo inferiores para el caso de los trastornos de ansiedad, con cifras de prevalencia vital del 9.4 % (Haro et al., 2005). Las cifras de prevalencia a un año para estos trastornos son también bastantes similares a la media europea, con valores de prevalencia del 4.4 % para los trastornos del estado del ánimo y del 6.2 % para los trastornos de ansiedad (Haro et al., 2005).

Coste sanitario

Los trastornos de depresión y ansiedad representan dos de las cinco principales causas de discapacidad en el mundo (Vos et al., 2015). Los

problemas de salud mental tienen un gran impacto en nuestra sociedad, generando un elevado coste sociosanitario (Clark, Field, y Layard, 2012). Trasladando estos datos a cifras económicas, se estima que en Europa el gasto anual por depresión es de 118 billones de euros, correspondiendo la mayor parte de ellos (61.0 %) debido a costes indirectos referidos a bajas por enfermedad y reducción de la productividad, quedando el resto dividido entre cuidados ambulatorios (19.9 %), hospitalizaciones (9.0 %), tratamiento farmacológico (8.0 %) y gastos derivados del fallecimiento de los pacientes (3.0 %; Valladares, Dilla, y Sacristán, 2009). En España el panorama es bastante similar, soportando una carga económica que ronda los 5000 millones de euros anuales, con una distribución de costes similar a la media europea.

Los costes anuales calculados para los trastornos de ansiedad en España se han estimado cercanos a los 800 millones de euros. Con un coste directo al erario público de unos 350 millones (46.7 %), correspondiendo el resto a costes indirectos (53.3 %; Oliva-Moreno, Montejo, y López-Bastida, 2006).

Comorbilidad

Los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad presentan altas tasas de comorbilidad, compartiendo una gran cantidad de síntomas, características, estructuras latentes, así como ciertos factores de vulnerabilidad similares (Goldberg, Kruger, Andrews, y Hobbs, 2009). De hecho, parece que, para la ansiedad y los trastornos del estado de ánimo, la comorbilidad es más la norma que la excepción (Sandin, Chorot, y Valiente, 2012). Por ejemplo, Brown, Campbell, Lehman, Grisham y Mancill (2001) informaron que el 55% de los pacientes con un trastorno emocional principal (ansiedad o trastorno depresivo)

tenían al menos un trastorno emocional actual adicional, aumentando esta cifra hasta el 76% cuando se consideraron los diagnósticos de por vida. Según estos autores, las mayores tasas de comorbilidad entre trastornos emocionales se asociaron con un diagnóstico principal de trastorno de estrés postraumático (92.0 %), trastorno depresivo mayor (69.0 %), distimia (76.0 %) y trastorno de ansiedad generalizada (65.0 %), correspondiendo la tasa de comorbilidad más baja a las fobias específicas (33.0 %). La comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y del estado del ánimo no suele ser uniforme, mostrando ciertos patrones de asociación entre trastornos específicos. De este modo los trastornos del estado de ánimo suelen presentar una mayor tasa de comorbilidad con ciertos trastornos ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada (Sandin et al., 2012). La presencia de estos patrones de asociación comórbida entre los trastornos supone en cierto modo, un desafío al modelo categorial de psicopatología. Sin embargo, las intervenciones existentes dirigidas al tratamiento de la ansiedad o la depresión rara vez se dirigen a ambas condiciones conjuntamente, a pesar de la elevada comorbilidad y la presencia de factores de vulnerabilidad comunes (Perez-Edgar y Fox, 2005).

Sistemas de clasificación dimensionales vs categoriales

El enfrentamiento o más bien la contraposición entre los enfoques categoriales y dimensionales en psicopatología viene de lejos. Las continuas revisiones que periódicamente se realizan en los manuales diagnósticos, con la reorganización de categorías en distintos “clústeres” no hace sino confirmar la dificultad que los expertos encuentran a la hora de clasificar ciertos trastornos. Las distintas ediciones de los manuales diagnósticos de los trastornos mentales

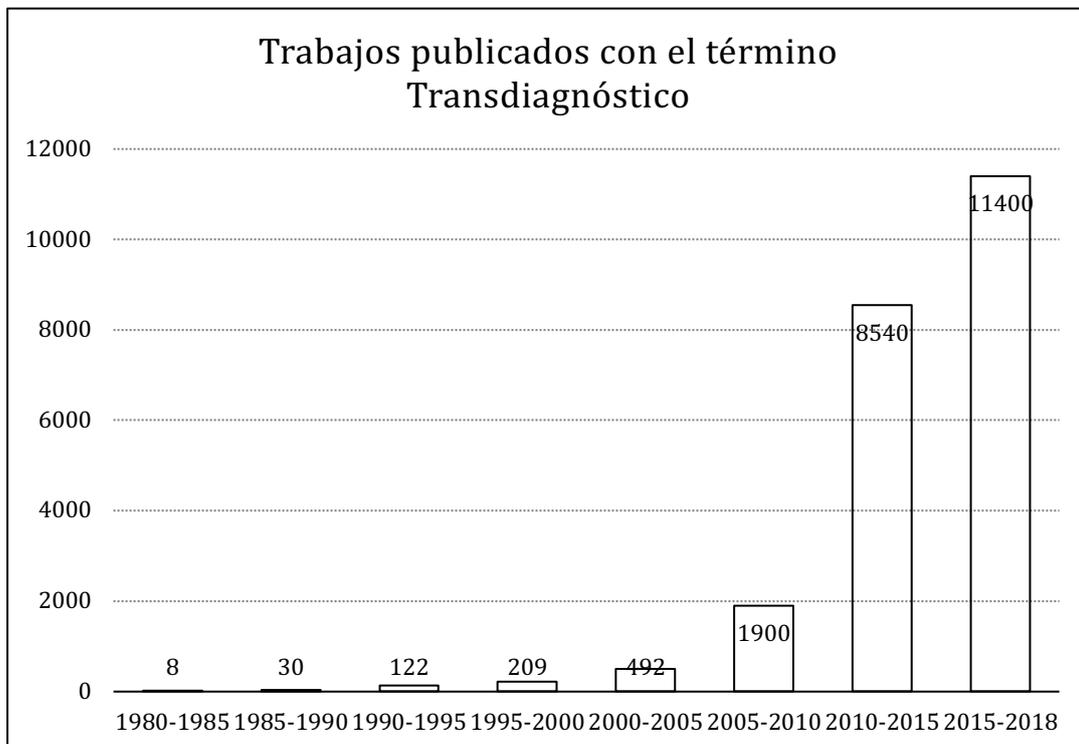
han ido mejorando esta clasificación, refinando el proceso diagnóstico y proporcionando un lenguaje común para el campo, que sin duda ha contribuido enormemente al avance de la investigación (Kotov et al., 2017). Pero lo cierto es que estos sistemas de clasificación categorial basados en la idea de la existencia de diferencias cualitativas entre los distintos trastornos también tienen limitaciones significativas. Para empezar, estos sistemas tradicionales asumen que todos los trastornos mentales pueden ser conceptualizados como categorías discretas. La evidencia científica sin embargo sugiere más bien lo contrario. Esto es, que la psicopatología existe en un continuo con funcionamiento de rango normal-anormal; de hecho, hasta la fecha, no se ha establecido ni un solo trastorno mental como una entidad categórica discreta (Haslam, Holland, y Kuppens, 2012). Según pudieron comprobar estos autores aplicando técnicas de análisis taxométrico, parece poco probable que los trastornos de ansiedad y del estado del ánimo puedan ser considerados como modelos categoriales discretos. Desde el punto de vista de los tratamientos sucede algo similar. La eficacia terapéutica de las mismas técnicas para diferentes trastornos pone en entredicho la utilidad de estas divisiones diagnósticas. Así pues, tanto la realidad clínica como la investigación, ponen de manifiesto que ciertos factores comunes más que las diferencias, son más frecuentes de lo que cabría esperar para una parte amplia de estos trastornos (Belloch, 2012).

El transdiagnóstico

Se le ha adjudicado el uso del término “transdiagnóstico” a Fainbur Cooper y Shafran allá por el año 2003 en su trabajo centrado en trastornos de alimentación (Sandin et al., 2012). Aunque lo cierto es que el trabajo más antiguo

en el que se utilizó el término en el ámbito de los trastornos mentales es de Beck, Steer y McElroy, en referencia a la naturaleza transdiagnóstica de algunos de los síntomas de depresión y alcoholismo (Beck, Steer, y McElroy, 1982). A partir de entonces otros autores han ido acuñando el término en posteriores trabajos ampliando la evidencia que apoya el uso de este nuevo enfoque y haciéndolo extensible a otros trastornos y grupos de trastornos. Una consulta rápida en algún motor de búsqueda especializado como Google Académico nos da como resultado alrededor de 20000 entradas donde aparece el término “trasdiagnostic”. En algo más de tres décadas, la investigación en el campo del transdiagnóstico se ha visto incrementada de forma exponencial (véase Figura 1.1).

Figura 1.1. Número de trabajos recuperados en Google Académico que usaron el término transdiagnóstico



El transdiagnóstico ha sido concebido como un avance en la consideración dimensional de algunos trastornos (Belloch, 2012). Desde el punto de vista psicopatológico, el transdiagnóstico entiende “los trastornos mentales sobre la base de un rango de procesos cognitivos y conductuales etiopatogénicos causales y/o mantenedores de la mayor parte de los trastornos mentales o de grupos consistentes de trastornos mentales” (Sandin et al., 2012, pág. 187). A pesar de esta concepción dimensional de la conducta anormal, el transdiagnóstico sería más un intento de integrar el enfoque categorial y el dimensional, que un auténtico rechazo al modelo de clasificación categorial. Así pues, el transdiagnóstico nos proporciona una base empírica para entender, clasificar e integrar las distintas manifestaciones clínicas desde la base de los procesos y los factores o dimensiones más o menos comunes a grupos de trastornos (Sandin et al., 2012).

Variables transdiagnósticas

Aunque el término transdiagnóstico es relativamente reciente, lo cierto es que el estudio de variables transdiagnósticas, entendidas estas como factores de vulnerabilidad a ciertos grupos de trastornos, viene de antiguo. Así, por ejemplo, las dimensiones la personalidad neuroticismo y extraversión fueron propuestas por Eysenck para caracterizar los trastornos neuróticos, mientras que el psicoticismo lo fue para los trastornos psicóticos y la conducta antisocial (Eysenck, 1959). Otros ejemplos los encontramos en el pensamiento irracional asociado a los trastornos emocionales (Ellis, 1962), o la autofocalización

negativa asociada a muchos de los trastornos mentales (Ingram, 1990). En una reciente revisión del tema realizada por Sandín y colaboradores (2012), se recogen la mayor parte, sino todos, de los conceptos antecedentes del transdiagnósticos (véase Tabla 1.1).

En este mismo trabajo, los autores se hicieron eco también de los principales conceptos transdiagnósticos propuestos hasta la fecha (véase Tabla 1.2). Aunque todos ellos tienen un indudable interés para la psicopatología en general, hemos focalizado nuestro interés solo en algunos de ellos. En concreto, y por estar más estrechamente relacionados con la etiología de los trastornos emocionales, nos centraremos en los conceptos de afecto positivo y afecto negativo, sensibilidad a la ansiedad, intolerancia a la incertidumbre, regulación emocional y perfeccionismo.

Tabla 1.1.

Antecedentes del transdiagnóstico desde la psicopatología

Autor/es, año	Concepto transdiagnóstico	Procesos transdiagnósticos	Trastornos relacionados
Mowrer, 1939 Skinner, 1957 Wolpe, 1969	Principios de condicionamiento	Reforzamiento Extinción	Trastornos mentales
Eysenck, 1959 Eysenck y Eysenck, 1976	Neuroticismo Extraversión Psicoticismo	Hiperactivación autónoma Activación cortical Impulsividad	Trastornos neuróticos Trastornos psicóticos Conducta antisocial
Ellis, 1962	Pensamiento irracional	Exigencia (demandingness) Catastrofismo Baja tolerancia a la frustración	Trastornos emocionales
Achenbach, 1966	Internalizado Externalizado		Trastornos emocionales Trastornos de conducta
Beck, 1967	Esquemas cognitivos	Sesgos cognitivos	Trastornos depresivos Trastornos de ansiedad
Beck y Emery, 1985	Actitudes disfuncionales Creencias disfuncionales	(procesamiento de la información)	
Reis y McNally, 1985	Sensibilidad a la ansiedad	Expectativas físicas Expectativas cognitivas	Trastornos de ansiedad Trastornos depresivos Adicciones
Barlow, 1988 Taylor, 1999 Tyrer, 1989	Síndrome neurótico general	Expectativas sociales	Trastornos neuróticos
Ingram, 1990 Clark y Watson, 1991	Atención autofocalizada Afecto negativo Afecto positivo	Auto-absorción Alto/bajo distress Elevada/limitada especificidad	Trastornos mentales Trastornos depresivos Trastornos de ansiedad
Wulfert et al., 1996	Principios de condicionamiento	Reforzamiento	Alcoholismo Paidofilia
Shafran et al., 1996 Shafran y Rachman, 2004 Tylor et al., 1997	Fusión pensamiento-acción Alexitimia	Probabilidad Moralidad Metacognición (regulación del afecto)	Trastornos de ansiedad (TOC, TAG, TP) Trastornos alimentarios Trastornos somatoformes Trastornos de personalidad Trastornos de ansiedad Depresión Trastornos alimentarios Adicciones
Purdon, 1999		Supresión del pensamiento	Depresión TEPT, TOC, TAG
Widiger y Clark, 2000	Anhedonia		Depresión Esquizofrenia Fobia social
Barlow, 2002	Vulnerabilidad biológica General Vulnerabilidad psicológica general	Afecto negativo, Neuroticismo Inhibición conductual Incontrolabilidad	Trastornos emocionales
Watson, 2009	Hiperactivación autónoma		

Nota. Adaptado de Sandin et al., 2012

Tabla 1.2.

Conceptos y procesos psicopatológicos transdiagnósticos

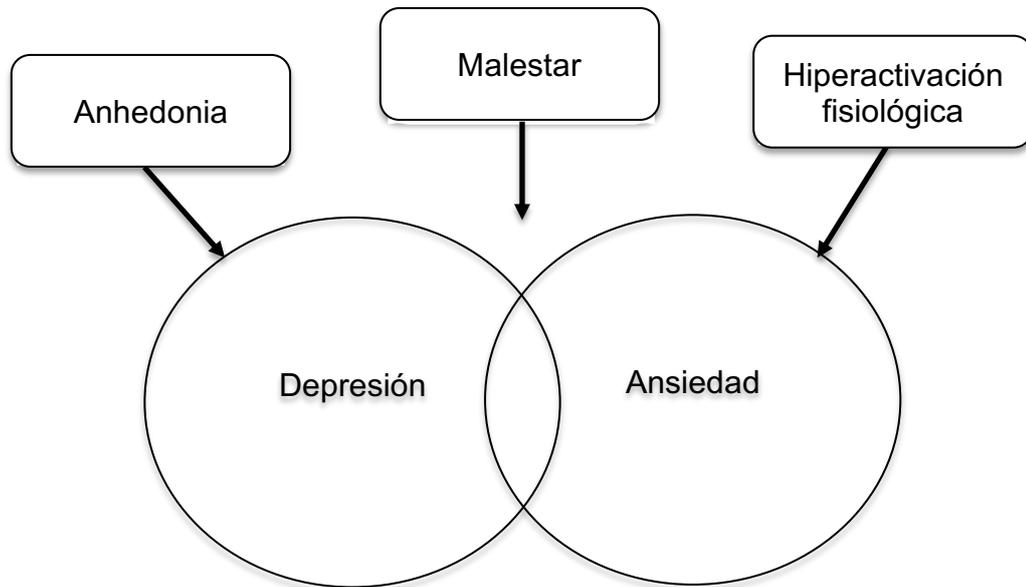
Autor/es, año	Concepto transdiagnóstico	Procesos transdiagnósticos	Trastornos relacionados
Fairburn et al., 2003	Perfeccionismo clínico Baja autoestima Intolerancia emocional Dificultades interpersonales		Trastornos alimentarios
Barlow et al., 2004	Afectividad negativa Afectividad positiva Hiperactivación fisiológica	Atención autofocalizada Incontrolabilidad/ Impredecibilidad Tendencias a la acción Evitación Distracción Racionalización Rituales cognitivos Supresión emocional Señales de seguridad Preocupación/rumiación	Trastornos emocionales (trastornos de ansiedad y trastornos depresivos)
Harvey et al., 2004	Atención Memoria Razonamiento Pensamiento Conducta	Atención selectiva Evitación atencional Memoria selectiva Memorias recurrentes Memoria sobregeneralizada Sesgos interpretativos Sesgos de expectativa Razonamiento emocional Pensamiento negativo repetitivo Creencias metacognitivas Supresión del pensamiento Evitación	Cualquier trastorno
Aldao et al., 2010	Estrategias de regulación emocional	Reevaluación Solución de problemas Aceptación Supresión Evitación emocional Rumiación	Trastornos de ansiedad Trastornos depresivos Trastornos alimentarios Adicciones
Egan et al., 2011	Perfeccionismo	Comprobación del rendimiento Evitación Dilación («procastinación») Conductas contraproducentes	Trastornos de ansiedad Trastornos depresivos Trastornos alimentarios
Carleton et al., 2012	Intolerancia a la incertidumbre	Prospectiva Inhibitoria	Trastornos de ansiedad Trastornos depresivos Trastornos alimentarios

Nota. Adaptado de Sandín et al., 2012

Afecto positivo y afecto negativo

La investigación sobre la estructura del afecto ha puesto de relieve una estructura bifactorial con dos factores claramente diferenciados, el afecto positivo (AP) y el afecto negativo (AN; Watson y Tellegen, 1985). Cada uno de estos factores representan dos dimensiones del afecto independientes entre sí. De este modo, el bajo afecto negativo reflejaría estados emocionales de calma y relajación, mientras la desganancia y la lentitud lo sería de bajo afecto positivo (Sandin et al., 1999; Watson y Tellegen, 1985). El afecto positivo, pone de manifiesto hasta qué punto una persona se siente activa, entusiasta, con energía y participación gratificante. Por su parte, el afecto negativo representa una dimensión general de estrés subjetivo y participación desagradable que incluiría un abanico de estados emocionales aversivos como el asco, la ira, la culpa, el miedo y el nerviosismo (Sandin et al., 1999). La distinción de estos dos conceptos ha sido considerada como uno de los principales pilares para la diferenciación conceptual entre la ansiedad y la depresión. Así pues, tanto la ansiedad como la depresión compartirían un estado emocional caracterizado por un alto afecto negativo, mientras que el bajo afecto positivo sería característico de los trastornos del estado de ánimo (Sandin et al., 1999). Esta estructura bifactorial del afecto propuesta por los autores ha servido de base para el modelo tripartito de los trastornos emocionales (véase Figura 1.2). Dicho modelo sugiere que el malestar (*distress*) representa una variable de vulnerabilidad general y la anhedonia y la hiperactivación fisiológica serían variables de vulnerabilidad específicas de la depresión y la ansiedad respectivamente (Clark y Watson, 1991).

Figura 1.2. Modelo tripartito de los trastornos emocionales, adaptado de Clark y Watson, 1991



Algunos estudios de análisis factorial ha puesto a prueba el modelo. Por ejemplo, Brown, Chorpita y Barlow (1998), en un trabajo de investigación realizado con una muestra de pacientes clínicos encontraron respaldo al modelo tripartito para los trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, y fobia social. En esta misma línea, Chorpita (2002) también encontró evidencias que apoyaron la estructura factorial del modelo en muestras comunitaria de estudiantes.

La investigación sobre el afecto positivo y el afecto negativo ha ido indefectiblemente unida al desarrollo de la *Positive Affect and Negative Affect Schedule* (PANAS; Watson, Clark, y Tellegen, 1988). Desde su desarrollo a finales de los años 80, la prueba ha sido empleada en infinidad de trabajos y se han realizado numerosas traducciones a diferentes idiomas como el alemán (Krohne, Egloff, Kohlmann, y Tausch, 1996), el holandés (R. D. Hill, van Boxtel,

Ponds, Houx, y Jolles, 2005), el italiano (Terracciano, McCrae, y Costa, 2003), el ruso (Balatsky y Diener, 1993), el sueco (Hilleras, Jorm, Herlitz, y Winblad, 1998), o el chino entre otros (Hamid y Cheng, 1996).

La versión Española fue desarrollada por Joiner y colaboradores (Joiner, Sandín, Chorot, Lostao, y Marquina, 1997) y posteriormente validada por el mismo equipo (Sandin et al., 1999), aportando datos consistentes sobre su estructura bifactorial, validez, fiabilidad e invarianza factorial.

Sensibilidad a la ansiedad

La sensibilidad a la ansiedad (SA) se ha definido como el miedo a las sensaciones de ansiedad, o el miedo a experimentar los síntomas de ansiedad, el cual se supone debido a la creencia de que la ansiedad y sus sensaciones poseen consecuencias peligrosas o dañinas (Sandin, Chorot, Valiente, Santed, y Lostao, 2004). Diversos estudios han mostrado la independencia entre los factores de ansiedad-rasgo y la sensibilidad a la ansiedad (Sandin, Chorot, y McNally, 2001; Sandin et al., 2004). De este modo, una persona puede tener cierta tendencia a experimentar ansiedad ante situaciones estresantes (ansiedad-rasgo) y, sin embargo, no experimentar el miedo a los propios síntomas de ansiedad (sensibilidad a la ansiedad). La sensibilidad a la ansiedad fue propuesta como un factor de vulnerabilidad general a los trastornos de ansiedad en general (Reiss, 1991; Sandin et al., 2004). Si bien estudios posteriores han podido demostrar la estrecha relación del constructo con el desarrollo de otras patologías relacionadas con el trastorno del estado de ánimo (Naragon-Gainey, 2010; Olthuis, Watt, y Stewart, 2014; Zinbarg, Brown, Barlow, y Rapee, 2001). Estudios recientes, han puesto de manifiesto la relación de la

sensibilidad a la ansiedad, no solo con los trastornos emocionales, sino también con otros trastornos relacionados con el sueño (Belloch, 2012).

Aunque inicialmente fue propuesto como un constructo unidimensional, algunos trabajos posteriores han puesto de manifiesto una estructura jerárquica con un factor general de sensibilidad a la ansiedad y tres factores de primer orden. Esto ha supuesto la adición de tres nuevos factores, la sensibilidad a la ansiedad de tipo somático que recoge aquellos ítems más relacionados con el miedo a síntomas somáticos, la sensibilidad a la ansiedad de tipo cognitivo, relacionada con el miedo al descontrol cognitivo y, por último, la sensibilidad a la ansiedad de tipo social más cercana al miedo a los síntomas públicamente observables (Zinbarg, Barlow, y Brown, 1997). Esta estructura jerárquica se ha visto confirmada por diversos estudios tanto en población clínica como en población comunitaria (Sandin et al., 2004; Stewart, Taylor, y Baker, 1997; Zinbarg et al., 2001). Una de las escalas con mayores evidencias de validez y fiabilidad internacional para medir la sensibilidad a la ansiedad y sus tres componentes principales ha sido la *Anxiety Sensitivity Index-3* (ASI-3; Taylor et al., 2007). Sus propiedades psicométricas han sido ampliamente probadas en diferentes contextos e idiomas (Escocard, Fioravanti-Bastos, y Landeira-Fernandez, 2009; Pozza y Dèttore, 2015; Sandin, Valiente, Chorot, y Santed, 2007; Wheaton, Deacon, McGrath, Berman, y Abramowitz, 2012). Si bien parece existir cierto consenso en cuanto a la estructura jerárquica de tres factores de primer orden y un factor de orden superior de la ASI-3, algunos trabajos recientes han sugerido que un modelo bifactorial presenta un mejor ajuste (Ebesutani, McLeish, Luberto, Young, y Maack, 2014). Por otro lado, no hemos encontrado trabajos que confirmen la invarianza factorial de la versión española (Sandin

et al., 2007). En esta línea, son necesarios nuevos estudios que puedan aportar más luz a la estructura de la prueba, así como de la invarianza factorial de la versión española.

Intolerancia a la incertidumbre

La intolerancia a la incertidumbre (IoU) se ha definido como una tendencia a sobreestimar la posibilidad de que ocurra un evento negativo que se considera inaceptable y amenazante para la persona (Carleton, Sharpe, et al., 2007). Es por tanto, una respuesta negativa a la ambigüedad, la tendencia a reaccionar de manera negativa ante sucesos o situaciones que son percibidas como inciertas (Sandin et al., 2012). Además de experimentar como estresantes los eventos o situaciones inciertas, las personas intolerantes a la incertidumbre también suelen tratar de evitarlos. Ser intolerante a la incertidumbre también lleva aparejadas otras creencias de incapacidad para afrontar la ambigüedad y el cambio, considerando la propia incertidumbre como una amenaza, pudiendo promover, mantener o agravar la ansiedad y la percepción de amenaza (Sandin et al., 2012).

En sus inicios, la intolerancia a la incertidumbre fue propuesta como una característica personal de vulnerabilidad a la ansiedad generalizada (Ladouceur et al., 1999). Sin embargo, estudios posteriores han relacionado la intolerancia a la incertidumbre con otras patologías psiquiátricas como el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de pánico y la depresión (Buhr y Dugas, 2002; Carleton, Norton, y Asmundson, 2007; Dugas, Gosselin, y Ladouceur, 2001; Dugas, Schwartz, y Francis, 2004; Gentes y Ruscio, 2011; Miranda, Fontes, y Marroquín, 2008); y más recientemente también con la fobia social (Boelen y Reijntjes, 2009), y la hipocondría (Deacon y Abramowitz, 2008).

Dado el vínculo con todas estas enfermedades, la intolerancia a la incertidumbre ha sido propuesta como un factor de vulnerabilidad psicopatológica con impacto en el desarrollo y mantenimiento de estas patologías (Mahoney y McEvoy, 2012; Starcevic y Berle, 2006). Desde este punto de vista, se asume la intolerancia a la incertidumbre como un constructo transdiagnóstico (Mahoney y McEvoy, 2012). Los estudios de las dimensiones implicadas en el concepto de intolerancia a la incertidumbre han puesto de manifiesto la existencia de dos componentes, la ansiedad anticipatoria y la inhibición ansiosa. La ansiedad anticipatoria o prospectiva vendría a representar el componente más cognitivo, mientras que la inhibición ansiosa tendría un carácter más comportamental. Aunque se haya considerado que la intolerancia al incertidumbre como un constructo transdiagnóstico de vulnerabilidad general a los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, es probable que ambas dimensiones puedan tener cierto grado de especificidad, estando la ansiedad anticipatoria más relacionado con los trastornos de ansiedad, mientras que la ansiedad inhibitoria estaría más relacionada con las obsesiones y compulsiones (Sandin et al., 2012).

Paralelamente al progreso de la investigación sobre la intolerancia a la incertidumbre, se han ido desarrollando escalas para evaluar el concepto. Una de las más utilizadas ha sido la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (IUS-27). La IUS-27 una escala de 27 ítems desarrollada para medir reacciones a situaciones ambiguas, incertidumbre y expectativas de eventos futuros (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, y Ladouceur, 1994). Freeston y colaboradores (1994) encontraron apoyo para un modelo de cinco factores con la versión francesa, mientras que Buhr y Dugas (2002) encontraron apoyo para

un modelo de cuatro factores con la versión en inglés. Dadas estas diferencias en la estructura del factor, Norton (2005) realizó una nueva evaluación al respecto, concluyendo que la eliminación de elementos podría mejorar la estructura factorial, sin afectar sustancialmente su fiabilidad. En un estudio posterior realizado por Carleton y colaboradores (Carleton, Norton, et al., 2007), se llevó a cabo la reducción de ítems de la IUS-27. Los autores concluyen que la nueva versión de 12 elementos (IUS-12), demostró una estructura estable de dos factores. Estos dos factores representan respectivamente los componentes ansioso y de evitación de la intolerancia a la incertidumbre. Otros estudios posteriores han demostrado una adecuada fiabilidad y validez de la nueva versión, así como una estructura estable de dos factores (Khawaja y Yu, 2010; McEvoy y Mahoney, 2011). También se ha traducido a varios idiomas, como el holandés (Helsen, Van den Bussche, Vlaeyen, y Goubert, 2013), italiano (Bottesi et al., 2015), japonés (Takebayashi, Sasagawa, Sugiura, y Sakano, 2012) o turco (Sarıçam, Erguvan, Akin, y Akça, 2014).

En suma, la investigación hasta el momento ha arrojado evidencia considerable sobre las propiedades psicométricas de las diferentes versiones de la escala IUS de 12 elementos. Sin embargo, hasta la fecha, no disponemos de una versión en español de la escala. Dada la importancia de la intolerancia a la incertidumbre en el desarrollo y mantenimiento de la patología emocional, sería deseable tener una versión en español del cuestionario.

Regulación emocional

La regulación emocional ha sido conceptualizada como la capacidad que el individuo tiene para implementar estrategias que modifiquen sus experiencias emocionales, la expresión de sus propias emociones o su respuesta fisiológica

para dar respuesta a las demandas ambientales (Gross, 2002). Dentro del abanico de estrategias de regulación emocional, la reevaluación cognitiva recoge aquellas estrategias con las que el individuo es capaz de modificar la forma en que percibe, siente o es capaz de modificar, las emociones que experimenta ante una situación dada. Es un tipo de estrategia, por tanto, focalizada en los antecedentes. Por otro lado, la supresión emocional viene a definir la capacidad del sujeto para inhibir o modular la respuesta cognitiva, conductual o fisiológica. En este caso hablaríamos de estrategias centradas en la respuesta (Gross y John, 2003). Podríamos decir que la supresión emocional es el componente más comportamental inhibiendo la expresión de emociones ante determinadas situaciones, principalmente aquellas con una valencia negativa para el sujeto, mientras que la reevaluación tendría un carácter más cognitivo.

La manera en que las personas regulan las emociones afecta sus relaciones, su bienestar y su estrés (Gross, 2002; Lopes, Salovey, Côté, y Beers, 2005), incorporando la regulación emocional como un concepto clave en el estudio de la psicopatología. Desde este marco, se han conceptualizado las estrategias de regulación emocional como adaptativas o desadaptativas en función de la relación que mantienen con los síntomas psicopatológicos (Aldao, 2012). Aldao (2012) ha considerado como desadaptativas aquellas estrategias positivamente asociadas con los síntomas (p.ej., supresión, rumiación, preocupación, evitación) y como adaptativas aquellas otras que correlacionan negativamente con los síntomas (p.ej., reevaluación, aceptación, resolución de problemas). A su vez, las distintas estrategias se han relacionado de manera diferencial con algunos trastornos. Así por ejemplo, la rumiación se ha relacionado con trastornos como los episodios depresivos, la ansiedad

generalizada, el trastorno de estrés postraumático o la ansiedad social (McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2011).

Esta relación que mantienen las estrategias de regulación emocional con distintos trastornos ha llevado a los investigadores a conceptualizarlas como procesos transdiagnósticos (Aldao, 2012; Aldao y Nolen-Hoeksema, 2010; Aldao, Nolen-hoeksema, y Schweizer, 2010; Sandin et al., 2012). Diversos autores han puesto de manifiesto la estrecha relación que mantiene la regulación emocional con los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Amstadter, 2008; Cisler, Olatunji, Feldner, y Forsyth, 2010; Martin, Dahlen, Martin, y Dahlen, 2005). Desde esta perspectiva transdiagnóstica, la regulación emocional puede resultar un concepto clave en la explicación de la alta comorbilidad presente entre los trastornos emocionales (Cummings, Caporino, y Kendall, 2014; Piqueras, Martín-Vivar, Sandín, San Luis, y Pineda, 2017).

Una de las escalas más usadas para medir la regulación emocional ha sido el ERQ (Gross y John, 2003). Su uso se ha hecho muy popular, habiéndose traducido a 26 idiomas distintos, entre ellos el alemán, español, chino, italiano, portugués y ruso entre otros (Stanford Psychophysiology Laboratory, 2010) Se trata de una prueba breve de 10 ítems con una escala Likert de siete puntos donde el sujeto debe expresar su grado de acuerdo en referencia a como suele experimentar sus emociones. Seis de estos ítems cargan en el factor de reevaluación cognitiva, mientras los cuatro restantes lo hacen en el factor de supresión emocional. La versión española de la prueba ha mostrado una estructura factorial de dos factores independientes, confirmado la estructura de la escala original (Cabello, Salguero, Fernández-Berrocal, y Gross, 2013; Gross y John, 2003). La fiabilidad de las subescalas fue también adecuada, con un alfa

de Cronbach de .75 para supresión emocional y .79 para la reevaluación cognitiva, muy similar a la aportada en el estudio de validación original con valores de .73 para supresión emocional y .79 para la reevaluación cognitiva (Cabello et al., 2013; Gross y John, 2003). La validez convergente se valoró con otras medidas de regulación emocional, mientras que la validez divergente se hizo explorando las relaciones con los rasgos de personalidad según el modelo de los cinco grandes (Cabello et al., 2013). Los estudios internacionales de la estructura factorial de la escala en muestras de estudiantes han replicado la solución de dos factores no correlacionados basándose en análisis exploratorio (D'Argembeau y Van der Linden, 2006) y análisis confirmatorio (Balzarotti, John, y Gross, 2010; Matsumoto, Yoo, y Nakagawa, 2008; Melka, Lancaster, Bryant, y Rodriguez, 2011; Popov, Janičić, y Dinić, 2016). En este sentido, parece que los resultados de estos estudios no han sido del todo concluyentes. Aunque generalmente se ha optado por modelos de dos factores no correlacionados, lo cierto es que estos modelos no ofrecen un mejor ajuste que otros modelos con factores correlacionados, siendo el principio de parsimonia el encargado de decantar la balanza entre ambas hipótesis (Balzarotti et al., 2010; Cabello et al., 2013; Gross y John, 2003). La invarianza factorial de la versión original también ha sido probada con muestras de diferentes grupos étnicos, mostrando ser invariante para los grupos y en función del sexo (Melka et al., 2011). Sin embargo, la invarianza factorial de la versión española del ERQ no ha sido comprobada. Por otro lado, también es necesario el estudio de la invarianza temporal para determinar si los ítems del ERQ evalúan el mismo atributo a lo largo del tiempo. La importancia de probar la hipótesis de la invarianza se ha

argumentado ampliamente (Cheung y Rensvold, 2002; Meade y Lautenschlager, 2004; Pineda, Martín-Vivar, Sandín, y Piqueras, 2018).

Perfeccionismo

Actualmente existen importantes diferencias en la conceptualización del perfeccionismo, aunque si parece que hay un cierto grado de acuerdo acerca de los componentes básicos del mismo. Según Carrasco, Belloch y Perpiñá (2010), el primero de ellos abordaría las exigencias personales elevadas, esto es, criterios de autoexigencia elevados en lo relativo al éxito personal. Mientras el segundo estaría más relacionado con la autoevaluación negativa, cuando no llegan a alcanzarse dichos criterios. La investigación clásica del perfeccionismo había descrito el concepto desde una perspectiva unidimensional. Sin embargo, ya en los años 90 se había redefinido el perfeccionismo, entendiéndolo como un constructo multidimensional que comprendería tanto factores intrapersonales como interpersonales (Hewitt y Flett, 1991). En esta línea algunos autores habría distinguido entre tres factores claramente diferenciadas en el perfeccionismo: el perfeccionismo orientado hacia sí mismo, incluyendo metas personales poco realistas, elevada sobre exigencia y altos estándares de logro autoimpuestos; el perfeccionismo orientado a otros, estableciendo expectativas que otros deben alcanzar; y el perfeccionismo socialmente prescrito u orientado, cumpliendo las expectativas que otros tienen sobre uno mismo para lograr la aprobación y aceptación social (Hewitt, Flett, y Ediger, 1996).

Históricamente, el perfeccionismo se ha asociado con una variedad de problemas clínicamente relevantes, poniendo de manifiesto el papel del perfeccionismo en distintos trastornos como la depresión (Hewitt y Flett, 1990; Hewitt y Dyck, 1986; Hewitt y Flett, 1991; Hewitt, Mittelstaedt, y Flett, 1990),

ansiedad (Flett, Hewitt, y Dyck, 1989; Nekanda-Trepka, 1984), trastornos de la alimentación (Laessle, Kittl, Fichter, y Pirke, 1988), trastornos de la personalidad (Broday, 1988), dolor crónico (Liebman, 1978) y otros tipos de inadaptación severa (Nerviano y Gross, 1983). Es evidente a partir de esta investigación, que las diferencias individuales en el perfeccionismo podrían estar asociadas con numerosas dificultades de ajuste personal. Por tanto, es posible considerar que estas formas de perfeccionismo acentúan o mantienen la sintomatología ansiosa y depresiva (Ferrer, Martín-vivar, Pineda, Sandín, y Piqueras, 2018). Esta realidad ha sido puesta de manifiesto en diversos estudios, tales como el de Flett, Blankstein y Hewitt (2009). En este trabajo los autores encontraron una asociación estadísticamente significativa entre el perfeccionismo auto-orientado y niveles altos de afecto positivo. Por el contrario, el perfeccionismo socialmente-orientado correlacionaba con niveles bajos de afecto positivo y altos de afecto negativo. En esta misma línea, Flett, Hewitt y Cheng (2008) hallaron una asociación entre perfeccionismo, creencias irracionales y estrés. Asseraf y Vaillancourt (2015) por su parte, hallaron que la sintomatología depresiva se relaciona con mayores puntuaciones en perfeccionismo socialmente prescrito, pero no con el perfeccionismo auto-orientado. Por último, Flett y colaboradores (2016) encontraron que el perfeccionismo auto-orientado se asociaba negativamente con la sintomatología de problemas de relación social, alienación y autodevaluación, mientras que el perfeccionismo socialmente prescrito se asoció positivamente con sintomatología psiquiátrica general y con depresión, pero no con síntomas de problemas de relación social.

Algunos autores han propuesto que el perfeccionismo puede ser un proceso transdiagnóstico, y pudiera ser considerado un factor de riesgo para

adquisición, evolución o el mantenimiento de diversos trastornos (Belloch, 2012; Egan et al., 2011; Egan, Wade, y Shafran, 2012; Ferrer et al., 2018; Sandin et al., 2012). Esto implicaría que, niveles altos de perfeccionismo, podrían tener una elevada interferencia en la eficacia del tratamiento de diferentes patologías, pudiendo ser necesario el tratamiento específico de este perfeccionismo para reducir dicha psicopatología. De hecho, una reciente revisión meta-analítica ha constatado que intervenciones dirigidas a la reducción del perfeccionismo en pacientes con trastornos clínicos, se ha asociado con reducciones significativas de la sintomatología de estos pacientes (Limburg, Watson, Hagger, y Egan, 2017). Con independencia del tipo de trastorno del que fueron diagnosticados, los pacientes se vieron beneficiados de estas intervenciones, reduciendo significativamente los síntomas asociados a trastornos de ansiedad, depresivos, obsesivo-compulsivos y alimentarios. La relación del perfeccionismo con otras variables transdiagnósticas como el afecto positivo y el afecto negativo también ha sido estudiada. Por ejemplo Chang, Banks y Watkins (2004), encontraron que el estrés podría ser un mediador entre el afecto positivo y el afecto negativo, y el perfeccionismo. Existe también abundante evidencia que relaciona el perfeccionismo con la sensibilidad a la ansiedad. Algunos ejemplos de esta relación los encontramos en Flett, Greene y Hewitt, (2004), Kawamura, Hunt, Frost y DiBartolo, (2001), o Pirbaglou y colaboradores (2013).

En cuanto a la evaluación del perfeccionismo, la *Multidimensional Perfectionism Scale de Frost* (FMPS; Frost, Marten, Lahart, y Rosenblate, 1990), se ha considerado el instrumento de medida del perfeccionismo más influyente en psicopatología (Carrasco et al., 2010). Las sucesivas depuraciones de la escala original han reducido el número inicial de ítems de 67 a 35, que han

quedado agrupados en seis dimensiones, a saber: exigencias personales, o la tendencia a marcarse metas excesivamente elevadas; preocupación por errores, o preocupación por el fracaso en distintas áreas de la vida; dudas sobre las propias acciones, o la tendencia a dudar sobre la calidad de la propia ejecución; expectativas paternas, o la percepción de que las expectativas de los padres sean elevadas; críticas paternas, o la percepción de los propios padres como críticos; y organización, que hace referencia al énfasis en el orden y la organización. Dado que en la definición de estas dimensiones, las consideraciones teóricas tuvieron un mayor peso que las empíricas, las investigaciones posteriores han tenido problemas a la hora reproducir estas seis dimensiones (Carrasco et al., 2010; Cox, Enns, y Clara, 2002; Purdon, Antony, y Swinson, 1999; Stöber, 1998). Por ejemplo, Carrasco y colaboradores (2010), obtuvieron una solución factorial de cinco dimensiones, en su trabajo de validación de la escala al español. En un trabajo posterior con una muestra de mujeres, Gelabert y colaboradores (2011), analizaron las propiedades psicométricas de la versión española, pero partiendo de una traducción distinta a la primera. En esta ocasión los autores se decantaron por reproducir la estructura original de seis factores, que comparaban con otras soluciones de tres (Purdon et al., 1999) y cuatro factores (Stöber, 1998), aunque no alcanzaron a obtener valores adecuados de ajuste con ninguna de ellas. Algunos trabajos han sugerido que la escala podría tener una estructura bifactorial que representaría una dimensión de perfeccionismo adaptativo y otra de perfeccionismo desadaptativo (Cox et al., 2002). En esta misma línea, Morin, Katrin Arens y Marsh (2015) argumentan que en los análisis de escalas donde la estructura dimensional puede resultar compleja, debería explorarse modelos de medición

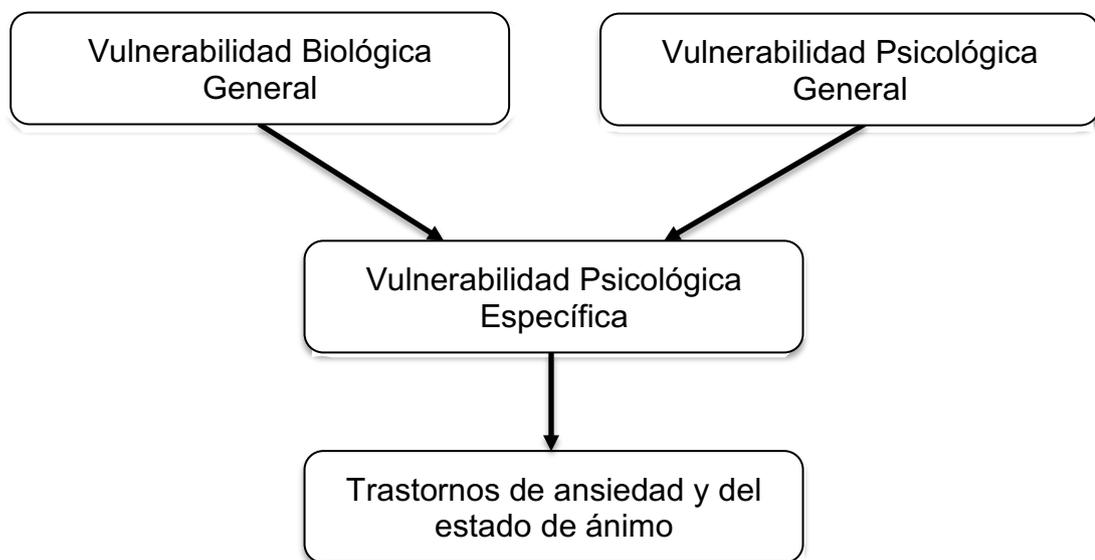
de primer orden, tanto jerárquicos como bifactoriales. Hasta la fecha no parece que este tipo de soluciones factoriales hayan sido exploradas en el caso de la FMPS. Lo que sí parece evidente, es que las soluciones factoriales propuestas para la escala son bastante inestables, por lo que son necesarios nuevos estudios que aclaren estas dimensiones y su interrelación.

Modelos transdiagnósticos

Conceptualmente se han propuesto dos modelos explicativos del abordaje transdiagnóstico de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. El primero, el de Barlow (Barlow, 2002; Barlow et al., 2004), conocido como el modelo de la triple vulnerabilidad, habla de factores de vulnerabilidad general (afectividad negativa y vulnerabilidad psicológica general) y factores específicos, siendo los primeros, comunes a grupos de trastornos y los segundos de una categoría que determinaría el trastorno específico (Barlow et al., 2004; Sandin, 2014). El factor de vulnerabilidad psicológica general sería la hiperactivación fisiológica. Las experiencias tempranas de la vida, bajo ciertas condiciones, contribuirían a una vulnerabilidad o diátesis psicológica para experimentar ansiedad y estados afectivos negativos relacionados en general (una vulnerabilidad psicológica generalizada). Aunque la desafortunada concurrencia de vulnerabilidades biológicas y psicológicas generalizadas puede ser suficiente para producir ansiedad y estados relacionados, un tercer conjunto de vulnerabilidades parece necesario para explicar el desarrollo de al menos algunos trastornos de ansiedad específicos. En este sentido, Barlow, hace alusión a ciertas experiencias de aprendizaje que parecen enfocar la ansiedad en ciertas circunstancias de la vida; es decir, estas circunstancias o eventos se

impregnan de una mayor sensación de amenaza y peligro. Es esta vulnerabilidad psicológica específica que, cuando se coordina con las vulnerabilidades biológicas y psicológicas generalizadas mencionadas anteriormente, parece contribuir al desarrollo de trastornos de ansiedad y otros trastornos emocionales (véase Figura 1.3).

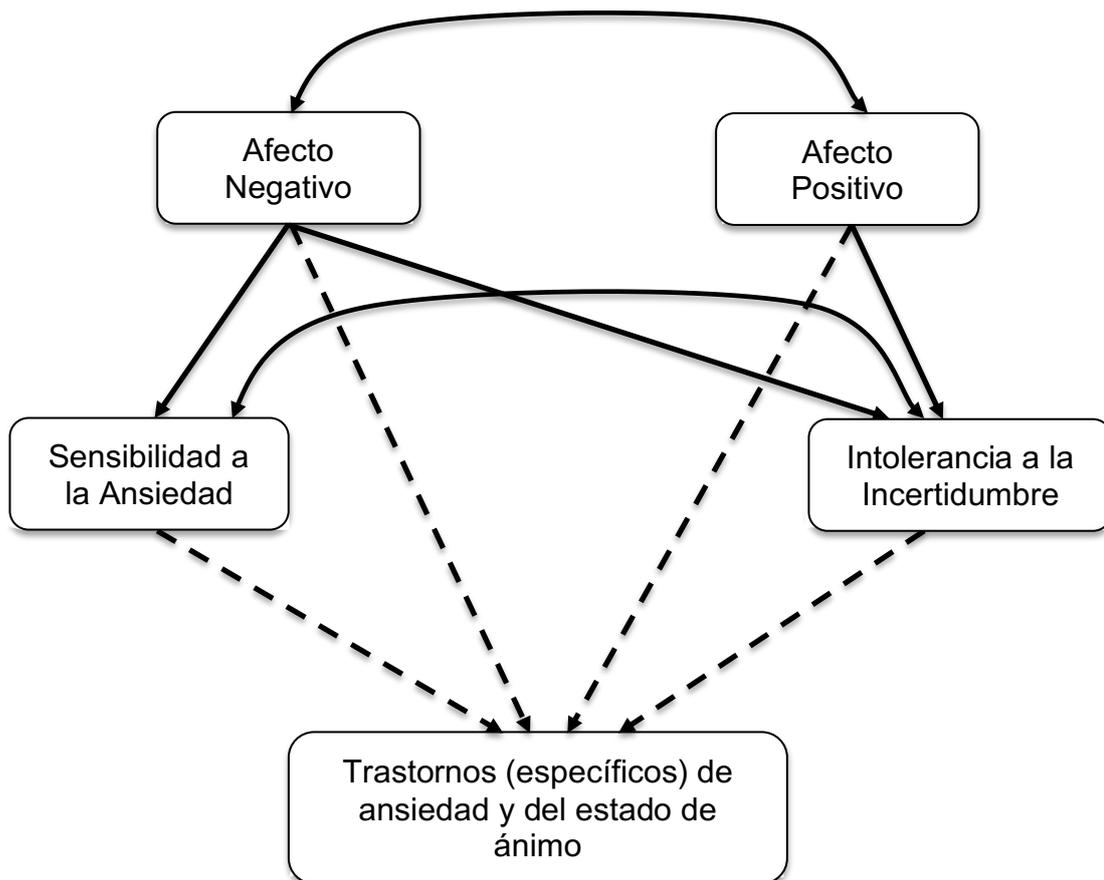
Figura 1.3. Modelo de la triple vulnerabilidad, adaptado de Barlow 2004



El segundo modelo, el propuesto por Norton, estaría más centrado en los trastornos de ansiedad (Norton, 2006; Norton y Paulus, 2017; Sexton, Norton, Walker, y Norton, 2003). No obstante, revisiones posteriores han incluido también los trastornos del estado de ánimo (Norton y Mehta, 2007). Partiendo de los trabajos previos de Clark y Watson (1991), Norton propone en su modelo explicativo de los trastornos de ansiedad, que el afecto positivo (AP) y el afecto negativo (AN) serían variables de vulnerabilidad inespecífica, mientras que la sensibilidad a la ansiedad y la tolerancia a la incertidumbre, serían variables de

vulnerabilidad específicas y se encontrarían ligadas a trastornos o grupos de trastornos específicos (véase Figura 1.4).

Figura 1.4. Modelo jerárquico de las vulnerabilidades, adaptado de Norton y Mehta, 2007



El modelo ha sido confirmado tanto en población general (Sexton et al., 2003), como con muestras clínicas (Norton, Sexton, Walker, y Norton, 2005). El modelo asume la sensibilidad a la ansiedad como un constructo jerárquico en el que el factor general de sensibilidad a la ansiedad representa la variable latente en el modelo estructural propuesto, que predice, como un factor único de vulnerabilidad, los síntomas de los trastornos ansiedad y del estado de ánimo.

En su estudio inicial, Sexton y colaboradores (2003) desarrollaron y evaluaron un modelo de ansiedad jerárquica de múltiples niveles incorporando el factor de orden superior global de afecto negativo y los factores de segundo orden de sensibilidad a la ansiedad e intolerancia a la incertidumbre utilizando datos de una muestra de estudiantes de pregrado. De acuerdo con el modelo, se hipotetizó que el afecto negativo influye en la sensibilidad a la ansiedad y la intolerancia a la incertidumbre, así como en las manifestaciones de ansiedad específicas de los síntomas de pánico, ansiedad en la salud, obsesiones-compulsiones y ansiedad generalizada. Se formuló la hipótesis de que estos factores de segundo orden mediaban parcialmente la relación entre el afecto negativo y las manifestaciones específicas de ansiedad y posiblemente producían algunos efectos únicos adicionales. Más específicamente, los autores esperaban que la sensibilidad a la ansiedad mediara las relaciones entre el afecto negativo y los síntomas de pánico y la ansiedad / hipocondría en la salud, mientras que la intolerancia a la incertidumbre mediara parcialmente la relación entre el afecto negativo y la ansiedad generalizada. Los resultados del *path analysis* basados en la regresión, proporcionaron soporte inicial para el modelo con tan solo dos excepciones. Contrario al modelo hipotético, la sensibilidad a la ansiedad medió completamente la relación entre afecto negativo y la ansiedad de salud y también mediada inesperadamente en parte por la relación entre afecto negativo y los síntomas obsesivo-compulsivos (Sexton et al., 2003). Posteriormente, Norton y colaboradores (2005) recopilaron datos de una muestra clínica de individuos diagnosticados con ansiedad y trastornos depresivos. Sus resultados fueron consistentes con los encontrados con muestra de estudiantes. Se identificó y probó un modelo más elaborado basado en

evidencia teórica y empírica, obteniendo resultados similares a los de Sexton y colaboradores (2003). La sensibilidad a la ansiedad mediaba parcialmente la relación entre el afecto negativo y los síntomas de pánico y la ansiedad de salud, aunque no se encontró que medie la relación con los síntomas obsesivo-compulsivos en la muestra clínica. Por su parte la intolerancia a la incertidumbre mediaba parcialmente el impacto del afecto negativo en el trastorno de ansiedad generalizada tal como sucedía en el estudio anterior, pero también mediaba parcialmente el impacto de afecto negativo en los síntomas depresivos. Sin embargo, ambos estudios utilizaron *path analysis* basados en regresiones, lo que plantea la posibilidad de que los problemas de medición hayan tenido un impacto adverso en los resultados. Para tratar de solventar el problema, Norton y Mehta (2007) plantearon un estudio similar a los anteriores mediante el uso de modelos de variables latentes. Además, los autores agregaron variables adicionales, que incluyen el afecto positivo y la ansiedad social, que proporcionasen un análisis más completo de las relaciones entre las variables globales, de segundo orden y construcciones de nivel sindrómico. Los resultados de este trabajo confirmaron las hipótesis planteadas, encontrado efectos adicionales de la sensibilidad a la ansiedad y la intolerancia a la incertidumbre sobre los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo; no se confirmó, sin embargo, la relación entre la sensibilidad a la ansiedad y la fobia social.

La replicación con distintas muestras clínicas (Norton et al., 2005) y no clínicas (Sexton et al., 2003) confiere confianza a la validez de este modelo jerárquico. Aunque la mayor parte de la investigación va en línea con lo propuesto por los autores, existen evidencias que sugieren que cada uno de los tres factores que componen el constructo de sensibilidad a la ansiedad, podrían

mostrar asociaciones específicas y únicas con distintos trastornos (Olatunji y Wolitzky-Taylor, 2009). En esta misma línea, Olthuis y colaboradores (2014) encontraron que la sensibilidad a la ansiedad física predijo una varianza única para los síntomas de pánico, la sensibilidad a la ansiedad de tipo cognitivo predijo una varianza única para los síntomas depresivos, y la sensibilidad a la ansiedad social predecía los síntomas del trastorno de ansiedad social. Por tanto, sería necesario replicar el modelo incluyendo en él, los tres componentes de la sensibilidad a la ansiedad como variables latentes con efectos directos sobre la predicción de síntomas y no solo como variables observables con efectos indirectos sobre los síntomas. En otro trabajo similar, Allan, Capron, Raines y Schmidt (2014) encontraron asociaciones específicas con cada uno de los tres componentes de la sensibilidad a la ansiedad; la sensibilidad a la ansiedad de tipo cognitivo se asoció de forma única con el trastorno de ansiedad generalizado, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno depresivo mayor, el trastorno de estrés postraumático y la ideación suicida; la sensibilidad a la ansiedad de tipo físico se asoció de forma única con el trastorno obsesivo compulsivo, la fobia social, el trastorno de pánico y la fobia específica; por último, encontraron asociaciones específicas entre la sensibilidad a la sensibilidad de tipo social con la fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastornos obsesivo compulsivo y trastorno depresivo mayor. Algo similar se ha encontrado también para los componentes de la intolerancia a la incertidumbre, encontrando efectos únicos de la reevaluación cognitiva y la supresión emocional para cada uno de los trastornos (Allan et al., 2018).

A más abundamiento, el modelo propuesto presenta otras carencias metodológicas, como el tener factores predichos por tan sólo una variable

observable, mientras los estudios recomiendan un mínimo de 3 o 4 ítems por factor (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010; Iacobucci, 2010; Kline, 2011; Russell, 2002). Así pues, es necesario realizar nuevos estudios que puedan probar si efectivamente, el modelo ajusta al modificar estas condiciones.

Si bien estos estudios parecen bastante exhaustivos en cuanto a las relaciones predichas, parece que algunas de ellas no han sido exploradas. Aunque la mayor parte de los estudios ha relacionado la intolerancia a la incertidumbre con el trastorno de ansiedad generalizada, también se ha relacionado la intolerancia a la incertidumbre con otras patologías psiquiátricas como el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de pánico y la depresión (Buhr y Dugas, 2002; Carleton, Norton, et al., 2007; Dugas et al., 2001, 2004; Gentes y Ruscio, 2011; Miranda et al., 2008); y más recientemente también con la fobia social (Boelen y Reijntjes, 2009), y la hipocondría (Deacon y Abramowitz, 2008). Sin embargo, el modelo no ha tenido en cuenta la relación entre la tolerancia a la incertidumbre con el trastorno de pánico, la fobia social ni la hipocondría. Algo similar ha sucedido con algunas asociaciones entre la sensibilidad a la ansiedad con los trastornos de depresión (Cox, Enns, y Taylor, 2001; Cox, Taylor, y Enns, 1999; Tull y Gratz, 2008; Zinbarg et al., 2001), el trastorno de ansiedad generalizada (Steven Taylor, Koch, y McNally, 1992) y la agorafobia (McNally y Lorenz, 1987). En este sentido, también parecen haber quedado fuera del modelo las relaciones del afecto negativo y la sensibilidad a la ansiedad con la hipocondría (Sandín, Valiente, Santed, Pineda, y Olmedo, 2013) o la agorafobia (Brown, Chorpita, y Barlow, 1998) y el afecto positivo con los síntomas de fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y trastorno obsesivo compulsivo (Eisner, Johnson, y Carver, 2009).

Por otro lado, aunque estos modelos han proporcionado un marco sólido para comprender la etiología de los trastornos de ansiedad y del estado del ánimo, algunas investigaciones han sugerido que podría haber un mayor número de variables transdiagnósticas como el perfeccionismo o la regulación emocional, implicadas en la etiología de estos trastornos. Sin embargo, estas variables tampoco han sido tenidas en cuenta por los modelos. Por tanto, sería necesario también, la realización de nuevas investigaciones que incluyesen estas variables, con el fin de aclarar qué papel juega el perfeccionismo o la regulación emocional en la etiología de los trastornos de ansiedad y del estado del ánimo.

Retos de investigación del modelo transdiagnóstico de psicopatología

La investigación analizada ha puesto de manifiesto las bondades de los modelos transdiagnósticos en la psicopatología de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Estos modelos han supuesto un gran avance en el entendimiento de la etiología de los trastornos de ansiedad y depresivos, sin embargo, se han identificado algunas lagunas que creemos se deben explorar con profundidad. En este sentido, se ha puesto de manifiesto que los modelos transdiagnósticos tienen una gran fundamentación teórica, y también evidencias clínicas que apoyarían su uso. Sin embargo, parece necesaria una mayor fundamentación empírica, basada en modelos estadísticos, que arrojen luz sobre la interrelación que las diferentes variables transdiagnósticas identificadas en la literatura mantienen entre sí y en qué medida están relacionadas con el desarrollo o el mantenimiento de ciertas patologías y en especial en los trastornos de ansiedad y depresivos. Para ello, es fundamental contar con herramientas de

medida que garanticen que los datos con los que se van a explorar estos modelos estadísticos tienen la suficiente precisión, o, dicho de otro modo, que disponemos de medidas de los constructos implicados en el modelo válidas y fiables.

Objetivos

El objetivo general de esta tesis ha sido probar con modelos estadísticos, las relaciones entre las distintas variables transdiagnósticas implicadas en el desarrollo o el mantenimiento de los trastornos de ansiedad y depresivos. Para ello, en un primer paso se validarán todas las escalas de medida de los constructos que formarán parte de estos modelos cuando sea necesario. En un segundo paso se comprobará que las escalas de las que ya se disponía suficientes evidencias de validez, mantienen sus propiedades psicométricas con la presente muestra. En un tercer paso, se pondrán a prueba distintos modelos transdiagnósticos propuestos por la literatura previa, con métodos estadísticos basados en ecuaciones estructurales. Por último, se pondrán a prueba nuevos modelos que impliquen variables descritas como transdiagnósticas, pero que no han sido incluidas en los modelos previos. El trabajo se ha dividido en cuatro estudios empíricos. Los tres primeros estudios abarcan la primera fase de la investigación que consistió en la validación de la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre de 12 ítems (IUS-12), la validación de la Escala de Regulación Emocional (ERQ), y por último una revisión de la estructura factorial de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (FMPS), que no se habían abordado hasta la fecha y resultaban necesarias para nuestro trabajo. La segunda fase de este trabajo consistió en comprobar que las propiedades psicométricas del resto de escalas que se van a usar en esta tesis, con el fin de asegurar de que las mismas eran adecuadas para nuestra muestra. En el siguiente paso, se probaron los modelos transdiagnósticos propuestos para los trastornos de ansiedad y depresivos empleando modelos de ecuaciones estructurales. Por último, se probaron nuevos modelos transdiagnósticos

incluyendo en ellos, variables que la literatura ha reportado como transdiagnósticas para los trastornos de ansiedad y depresivos, pero que previamente no habían sido tenidas en cuenta por los modelos.

Los objetivos específicos que se han planteado en la presente tesis han sido:

El objetivo del primer estudio ha sido validar la versión española del IUS-12, explorando la estructura factorial, la fiabilidad y la relación con algunos síntomas psicopatológicos.

El objetivo propuesto para el segundo estudio ha sido probar la invarianza factorial entre sexos y la invarianza temporal (6 meses) de la versión española del ERQ.

El objetivo propuesto para el tercer estudio ha sido revisar la estructura factorial de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (FMPS).

Para el último de los estudios se plantearon dos objetivos generales, el primer objetivo ha sido replicar el modelo de Noton y Mehta (2007); el segundo objetivo propuesto ha sido probar otros modelos, incluyendo en ellos nuevas relaciones entre las variables del modelo y la inclusión de nuevas variables tanto de vulnerabilidad como sindrómicas.

Hipótesis

Hipótesis del estudio 1:

Con base en el análisis factorial confirmatorio, planteamos la hipótesis de que el modelo de dos factores correlacionados debería ser superior al modelo unidimensional (un factor único) o al modelo de dos factores con un factor de orden superior. Dada la evidencia sobre las propiedades psicométricas de UIS-12, tanto para su versión original como para las diferentes traducciones, esperamos que la versión en español tenga niveles aceptables de confiabilidad y validez (segunda hipótesis).

Hipótesis del estudio 2:

En relación con la estructura factorial de la prueba, hipotetizamos que el modelo de dos factores correlacionados será superior al modelo unidimensional o al modelo de dos factores de segundo orden con un factor general de orden superior. Esperamos también que la versión española de la IUS-12 presente niveles aceptables de fiabilidad y validez

Hipótesis del estudio 3:

Como hipótesis de partida nos planteamos que la versión española del ERQ: 1) presentará una estructura de dos factores no relacionados; 2) la proporción de varianza media explicada por los factores de la ERQ será mayor

de .50 (validez convergente y discriminante); 3) la subescala de supresión emocional tendrá una asociación positiva con diversos síntomas de trastornos psiquiátricos, mientras que la subescala de reevaluación cognitiva mostrará una asociación negativa con los síntomas de trastornos; 4) deberíamos obtener índices de fiabilidad adecuados, similares a los obtenidos en anteriores validaciones; y 5) finalmente la ERQ presentará valores de ajuste adecuados de invarianza factorial temporal y en función del sexo.

Hipótesis del estudio 3:

Las hipótesis planteadas para estudio han sido: 1) que la versión española del FMPS presentará una estructura factorial de cuatro factores y 2) adecuados índices de fiabilidad y validez.

Hipótesis del estudio 4:

Como hipótesis de partida nos planteamos que: 1) el modelo jerárquico de vulnerabilidad presentará adecuados índices de ajuste; 2) tras la incorporación de la agorafobia y la ansiedad a la enfermedad, como variables sindrómicas, y la adición de nuevas relaciones entre las variables de vulnerabilidad con la sintomatología, el modelo mantendrá unos índices de ajuste similares, mejorando la varianza explicada por el modelo; 3) los componentes de la sensibilidad a la ansiedad presentarán asociaciones específicas con algunos trastornos; 4) la adición de las variables de regulación emocional mantendrá unos índices de ajuste similares, mejorando la varianza explicada por el modelo; 5) la adición de las variables de perfeccionismo al modelo jerárquico

extendido, mantendrá unos índices de ajuste similares, mejorando la varianza explicada por el modelo.

Estudio 1: Short version of the Intolerance of Uncertain Scale:

Psychometric properties of the Spanish version¹

Versión abreviada de la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre:

propiedades psicométricas de la versión española

Method

Participants and procedure

For the present work, 983 subjects participated voluntarily, of which 768 were women (78.1%). The age of the participants was between 18 and 61 years ($M = 33.14$, $SD = 9.99$). The descriptive statistics have been shown in Table 2.1. The distribution of participants by regions of Spain is shown in Table 2.2.

Table 2.1. Descriptive statistics of the sample

	Sample 1	Sample 2
<i>n</i>	997	983
Women (%)	780 (78.2)	768 (78.1)
Age, <i>M</i> (<i>SD</i>)	32.41 (9.56)	33.14 (9.98)
Age range	19-67	18-61
Socioeconomic level, <i>n</i> (%):		
Low	268 (27.0)	256 (26.0)
Medium	623 (62.5)	619 (63.0)
High	106 (11.5)	108 (11.0)
Civil status, <i>n</i> (%):		
Single	550 (55.2)	556 (56.6)
In couple	379 (38.0)	356 (36.2)
Separated / divorced / widowed	68 (6.8)	71 (7.2)

¹El trabajo ha sido editado en inglés para su publicación en una revista internacional

Table 2.2. Distribution of participants by provinces (n y %)

Province	Sample 1 (n = 997)	Sample 2 (n = 983)
Andalucía	159 (15.95%)	135 (13.73%)
Aragón	83 (8.32%)	61 (6.21%)
Asturias	35 (3.51%)	31 (3.15%)
Baleares	21 (2.11%)	25 (2.54%)
Canarias	47 (4.71%)	47 (4.78%)
Cantabria	18 (1.81%)	16 (1.63%)
Castilla-León	74 (7.42%)	52 (5.29%)
Castilla-La Mancha	53 (5.32%)	93 (9.46%)
Cataluña	43 (4.31%)	48 (4.88%)
Extremadura	16 (1.60%)	33 (3.36%)
Galicia	60 (6.02%)	65 (6.61%)
La Rioja	12 (1.20%)	8 (0.81%)
Madrid	228 (22.87%)	231 (23.50%)
Murcia	29 (2.91%)	26 (2.64%)
Navarra	16 (1.60%)	17 (1.73%)
País Vasco	29 (2.91%)	20 (2.03%)
Valencia	61 (6.12%)	74 (7.53%)
Ceuta	6 (0.60%)	1 (0.10%)
Melilla	7 (0.70%)	0 (0.00%)

Measures

As part of a larger protocol, the following measures were used.

Intolerance of uncertainty

As noted in the introduction, the IUS-12 (Carleton, Norton, et al., 2007) is a 12-item self-report questionnaire for measuring the intolerance of uncertainty, and his components prospective and inhibitory anxiety. The scale was translated into Spanish following a translation–back-translation procedure.

Symptom Assessment–45 (SA-45). The Symptom Assessment–45 (SA-45) is a brief questionnaire for measuring psychiatric symptomatology (Davison et al., 1997; Spanish version by Sandin, Valiente, Chorot, Santed, y Lostao, 2008). It's a 45-item scale that covers symptoms of both an internalizing (e.g.,

anxiety, depression, somatization) and an externalizing (e.g., hostility, paranoid ideation) nature. SA-45 scales have reported good psychometric properties, displaying good internal consistency in this study, with all alphas ranging between .60 and .95.

Penn State Worry Questionnaire. The Spanish version of the Penn State Worry Questionnaire (PSWQ-11; Meyer, Miller, Metzger, y Borkovec, 1990; Sandin, Chorot, Valiente, y Lostao, 2009) is a 11-item scale for measuring worries. In this study, the reliability of the scale has been .95.

Padua Inventory Washington-State Revision. The Spanish version of the Padua Inventory Washington-State Revision (PI-WSUR; Burns, Keortge, Formea, y Sternberger, 1996; Sandin, Chorot, Olmedo, y Valiente, 2008) is a 39-item scale for measuring obsessive-compulsive symptoms. In this study, the reliability of the scales was good with a Cronbach's alpha between .70 to .91.

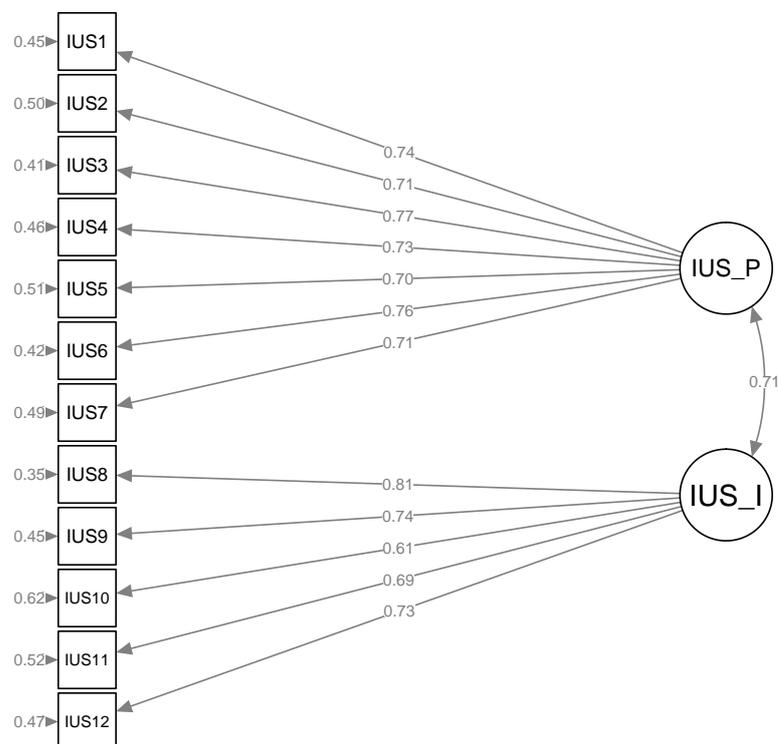
Results

Confirmatory factor analysis

Using the Lavaan package (Rosseel, 2012) in R (R Core Team, 2016), confirmatory factor analyses (using a Diagonally Weighted Least Squares (DWLS) estimation procedure) were conducted in which individual items of the IUS-12 loaded on their intended factors and the two latent factors were allowed to correlate. The fit indices indicated that the data were well in keeping with the hypothesized model. The goodness-of-fit indices were: $\chi^2_{(53)} = 172.48$, $p < .001$; $\chi^2/df = 3.25$; CFI = .99; GFI = .99; RMSEA = .05 (90% CI: .04, .06); SRMR = .06. We tested the 1-factor model and the 2-factors with 1-second order factor too.

The results didn't show differences between the 2-factors and the 2-factors with 1-second order factor models (only with χ^2/df , because of the 52 degrees of freedom); and a poor fit indices for the 1-factor model: $\chi^2_{(54)} = 403.40$, $p < .001$; $\chi^2/df = 7.47$; CFI = .97; GFI = .98; RMSEA = .08 (90% CI: .07, .09); SRMR = .08. With this result we opt for keep the 2-factors model as the more parsimonious of both. The standardized factor loadings of the 2-factors model of the IUS-12 are shown in Figure 2.1. As can be seen, all of the items loaded convincingly on their hypothesized factor ($>.61$). Note also that the correlations among the two factors were quite substantial (.71).

Figure 2.1. Factor structure of the Spanish version of the IUS-12 as obtained with confirmatory factor analysis



Reliability

To assess the reliability (internal consistency) of the IUS-12, Cronbach's alpha and McDonald's omega coefficients were calculated. The alpha values were .89 for the Prospective Anxiety, .84 for the Inhibitory Anxiety, and .91 for the total score. The omega coefficients were really similar, with the exception of the Inhibitory Anxiety that was slightly lower (.83), and for the total score that was slightly upper (.92).

Validity I: Gender differences

A series of *t*-tests were conducted to evaluate gender differences for the IUS-12 scores. As expected, no differences were finding [for the Prospective Anxiety, males means were 17.59, *SD* = 5.96 versus 16.91, *SD* = 5.33, $t_{(981)} = 1.62$, $p = .105$; and for the Inhibitory Anxiety, males means were 9.78, *SD* = 3.70 versus 10.10, *SD* = 3.59, $t_{(981)} = -1.17$, $p = .241$].

Validity II: Correlations with worries and psychiatric symptoms

Correlations between tolerance to uncertainty and worries, OCD symptoms, and psychiatric symptoms are displayed in Table 2.3. All correlations were significantly and positively related ($p < .001$). Correlations between the intolerance to uncertainty scores and worries revealed a related with large effect sizes in all scales (*r*'s being .48 to .56). In the other hand, correlation with OCD symptoms was associated too, with medium effect sizes for checking compulsions, obsessional thoughts of harm to self/others and the scores on the total scale (*r*'s being .31 to .45). When looking at the correlations with the psychiatric symptoms, it was found that Inhibitory anxiety showed stronger

related than prospective anxiety (Δr 's between .06 to .15). The relation with symptoms and worries was been stronger in the total scores than in the subscales in all cases, with the exception of obsessional thoughts of harm to self/others.

Table 2.3. Correlations between Intolerance of uncertainty (IUS-12), and scales measuring psychiatric symptomatology (SA-45), Worries (PSWQ), and Obsessive-compulsive symptoms (PI-WSUR)

	Prospective anxiety	Inhibitory anxiety	Intolerance of uncertainty
SA-45 Psychiatric symptomatology	.36	.50	.46
Psychoticism	.15	.28	.22
Paranoid ideation	.32	.37	.38
Phobic anxiety	.21	.32	.28
Hostility	.21	.27	.26
Anxiety	.30	.41	.38
Depression	.35	.46	.43
Interpersonal sensitivity	.33	.47	.42
Obsessive-compulsive	.32	.47	.42
Somatization	.16	.26	.22
Worries (PSWQ)	.48	.54	.56
Obsessive-compulsive symptoms (PI-WSUR)	.40	.43	.45
Contamination obsessions and washing compulsions	.28	.25	.30
Dressing~grooming compulsions	.23	.19	.24
Checking compulsions	.35	.38	.40
Obsessional thoughts of harm to self/others	.31	.44	.40
Obsessional impulses to harm self/others	.20	.22	.23

Note: all correlations were significant at level $p < .001$.

Discussion

The general purpose of this study was to examine the psychometrics properties of the Spanish version of the scale for measuring the intolerance to uncertainty, namely the IUS-12. First of all, confirmatory factor analysis demonstrated that a model in which individual items loaded on two distinct, but correlated factors provided a good fit for the data, which means that the factor

structure of the Spanish IUS-12 is equivalent to that of the original English version (Carleton, Norton, et al., 2007), and similar to other adaptations (Bottesi et al., 2015; Helsen et al., 2013; Sariçam et al., 2014). These results provide convincing support about the factor structure and the stability of this structure against different languages versions.

In line with previous findings, the internal consistency of the Spanish IUS-12, measured as Cronbach alpha, as showed excellent values ranged between .84 to .91, which is in keeping with reliability coefficients of the original scales (Carleton, Norton, et al., 2007), several translations in other languages (e.g., Bottesi et al., 2015; Helsen et al., 2013), and in some cases better values comparing with others adaptations (Sariçam et al., 2014). These values are really high if we take in account that one of the scales has only five items (i.e., Inhibitory Anxiety). As previous studies, no gender differences were displaying for the scale (Carleton, Norton, et al., 2007). Regarding the relation with psychiatric symptoms, our findings suggest that inhibitory anxiety is closer related to symptoms comparing with the prospective anxiety and the total score. Similar finding has been sowed by other authors (Bottesi et al., 2015; Carleton, Norton, et al., 2007; Sariçam et al., 2014).

Altogether, the results of the present study indicate that the psychometric properties of the Spanish version of the IUS-12 are generally well in line with what has been noted for the original version of this scale (as well as their translations in other countries). In sum, these findings provide support for use it as a practical tool to measure the Intolerance to Uncertainty in Spanish populations. The use of short measures facilitates its uses in research environments, where the large number of items is frequently a very common problem. Future research should

prove its suitable usage in clinical contexts too. Since then, the use of this scale with clinical samples should be done carefully.

**Estudio 2: Invarianza factorial y temporal de la versión española del
Cuestionario de Regulación Emocional ERQ**

***Factorial and temporal invariance of the Spanish version of the Emotional
Regulation Questionnaire (EQR-S)***

Artículo aceptado para su publicación en la Revista de Psicopatología y
Psicología Clínica

Revista indexada en el Scimago Journal Rank (SJR), Scopus

Factor Impacto 2016 = 0.195

Método

Participantes

Para el presente trabajo se utilizaron dos muestras independientes de estudiantes universitarios de la Universidad Nacional de Educación a Distancia, que participaron de forma voluntaria en el trabajo de investigación. La primera muestra estuvo compuesta por 997 participantes de los cuales 780 fueron mujeres (78.23 %). La edad de los participantes estuvo comprendida entre los 19 y los 67 años ($M = 32.41$; $DT = 9.56$). La segunda muestra estuvo formada por 983 sujetos de los cuales 768 fueron mujeres (78.12 %). La edad de los participantes estuvo comprendida entre los 18 y los 61 años ($M = 33.14$; $DT = 9.99$). Los estadísticos descriptivos de las diferentes submuestras se indican en la Tabla 3.1. La distribución de participantes por regiones de España se muestra en la Tabla 3.2.

Tabla 3.1. Estadísticos descriptivos de las muestras

	Muestra 1	Muestra 2
<i>n</i>	997	983
Mujeres (%)	780 (78.2)	768 (78.1)
Edad, <i>M (DT)</i>	32.41 (9.56)	33.14 (9.98)
Rango de edad	19-67	18-61
Nivel socioeconómico, <i>n (%)</i> :		
Bajo	268 (27.0)	256 (26.0)
Medio	623 (62.5)	619 (63.0)
Alto	106 (11.5)	108 (11.0)
Estado civil, <i>n (%)</i> :		
Soltero	550 (55.2)	556 (56.6)
En pareja	379 (38.0)	356 (36.2)
Separado/divorciado/viudo	68 (6.8)	71 (7.2)

Tabla 3.2. Distribución de participantes por provincias (n y %)

	Muestra 1 <i>n = 997 (%)</i>	Muestra 2 <i>n = 983 (%)</i>
Andalucía	159 (15.95%)	135 (13.73%)
Aragón	83 (8.32%)	61 (6.21%)
Asturias	35 (3.51%)	31 (3.15%)
Baleares	21 (2.11%)	25 (2.54%)
Canarias	47 (4.71%)	47 (4.78%)
Cantabria	18 (1.81%)	16 (1.63%)
Castilla-León	74 (7.42%)	52 (5.29%)
Castilla-La Mancha	53 (5.32%)	93 (9.46%)
Cataluña	43 (4.31%)	48 (4.88%)
Extremadura	16 (1.60%)	33 (3.36%)
Galicia	60 (6.02%)	65 (6.61%)
La Rioja	12 (1.20%)	8 (0.81%)
Madrid	228 (22.87%)	231 (23.50%)
Murcia	29 (2.91%)	26 (2.64%)
Navarra	16 (1.60%)	17 (1.73%)
País Vasco	29 (2.91%)	20 (2.03%)
Valencia	61 (6.12%)	74 (7.53%)
Ceuta	6 (0.60%)	1 (0.10%)
Melilla	7 (0.70%)	0 (0.00%)

Instrumentos

Cuestionario de Regulación Emocional. El Cuestionario de Regulación Emocional (*Emotional Regulation Questionnaire*, ERQ; Gross y John, 2003) consta de 10 ítems con los que el sujeto debe expresar su grado de acuerdo en referencia a como suele experimentar sus emociones. Se trata de una escala Likert de siete puntos desde el 1 (completamente en desacuerdo) al 7 (completamente de acuerdo). La versión original del cuestionario presenta una estructura factorial de dos factores no relacionados. El primer factor recoge las puntuaciones de seis ítems, que evalúan la reevaluación cognitiva. El segundo de los factores hace referencia a la supresión emocional y en el cargan los cuatros ítems restantes que componen el cuestionario. Aplicamos la versión traducida al español por Sandín, Chorot, Valiente y Pineda (2012), la cual se llevó a cabo aplicando retrotraducción por un psicólogo con lengua nativa inglesa. Los autores de la escala original reportaron unos índices de fiabilidad alfa de Cronbach de .79 para la escala de reevaluación cognitiva y .73 para la de supresión.

Cuestionario de Síntomas Psicopatológicos Abreviado. El Cuestionario de Síntomas Psicopatológicos Abreviado (SA-45; Davison et al., 1997) es una forma abreviada del SCL-90 (Derogatis, Lipman, y Covi, 1973). El cuestionario consta de 45 ítems en los que el sujeto debe indicar hasta qué punto ha experimentado cada uno de los síntomas durante la última semana, según una escala Likert de cinco puntos que varía entre 0 (nada en absoluto) y 4 (mucho o extremadamente). El cuestionario mantiene la estructura factorial de nueve factores del SCL-90: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica (agorafobia),

ideación paranoide, y psicoticismo). Para la presente investigación usamos la versión española de la prueba (Sandin, Valiente, et al., 2008). los índices de fiabilidad con la muestra 2 han resultado similares a los informados por los autores (α (somatización) = .81; α (obsesión-compulsión) = .78; α (sensibilidad interpersonal) = .85; α (depresión) = .89; α (ansiedad) = .83; α (hostilidad) = .76; α (ansiedad fóbica) = .84; α (ideación paranoide) = .78; α (psicoticismo) = .62).

Escala de Tolerancia al Estrés. La Escala de Tolerancia al Estés (*Distress Tolerance Scale*, DTS; Simons y Gaher, 2005) es una prueba de autoinforme de 15 ítems diseñada para evaluar el grado en que las personas experimentan y soportan estados psicológicos de estrés. Los participantes puntúan cada ítem en una escala Likert de cinco puntos de 1 (de acuerdo) a 5 (muy en desacuerdo), donde las puntuaciones más bajas están indicando una mayor capacidad para tolerar el malestar. Además de una puntuación total, la DTS incluye cuatro subescalas (tolerancia, evaluación, absorción y regulación). La versión española del cuestionario (Sandín, Simons, Valiente, Simons, y Chorot, 2017) ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas (α (tolerancia) = .83; α (absorción) = .89; α (evaluación) = .84; α (regulación) = .83). Los resultados del alfa de Cronbach obtenidos con la muestra 2 han sido también adecuados (α (tolerancia) = .83; α (absorción) = .86; α (evaluación) = .84; α (regulación) = .79).

Escala de Alexitimia de Toronto. La Escala de Alexitimia de Toronto (*Toronto Alexithymia Scale*, TAS-20; ; Versión española de Sandín, Chorot, Santed, y Jiménez 1996) es un autoinforme de 20 ítems en los que se valora el grado de acuerdo mediante una escala Likert de 5 puntos de 1 (Nada de acuerdo) a 5 (Totalmente de acuerdo). Se compone de tres factores: dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o

fisiológicas que acompañan la activación emocional; dificultad para describir los sentimientos a los demás; y un estilo de pensamiento orientado hacia lo externo. La adaptación española (Sandín et al., 1996) obtuvo una adecuada fiabilidad ($\alpha = .81$) y validez. La fiabilidad del TAS-20 con la muestra 2 ha resultado satisfactoria ($\alpha = .79$)

Escalas de Afecto Positivo y Afecto Negativo. Escalas de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS; Watson, Clark, y Tellegen, 1988). Consta de 20 ítems, 10 referidos al afecto positivo y 10 al afecto negativo. Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 1 (Nada o casi nada) a 5 (Muchísimo). La escala de afecto positivo (AP) evalúa la capacidad de involucrarse en actividades placenteras. La escala de afecto negativo (AN) evalúa la presencia de estrés percibido. Se aplicó la versión española validada por Sandin et al. (1999). La prueba ha mostrado una adecuada fiabilidad con la muestra 2 ($\alpha_{(AP)} = .91$; $\alpha_{(AN)} = .89$).

Procedimiento

El reclutamiento de los participantes se llevó a cabo por muestreo incidental. Los sujetos recibieron créditos por su participación en la investigación, completando los cuestionarios a través de la plataforma online del grupo de investigación. Un total de 725 sujetos de la muestra 1 completaron el protocolo en un tiempo 2. Entre la primera y la segunda aplicación de protocolo pasaron 6 meses. La segunda muestra de 983 sujetos completó también otros cuestionarios de personalidad y síntomas psicopatológicos, en una sola ocasión. El estudio fue aprobado por el comité de bioética de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Análisis estadísticos

Se realizaron comprobaciones sobre la adecuación de los datos para el análisis factorial. Para poner a prueba la validez del constructo, se realizó una serie de análisis factoriales confirmatorios (CFA). Estos análisis se basaron en la matriz de correlaciones de Pearson; se optó por aplicar el método de estimación de máxima verosimilitud robusto (MLR). Estudios de simulación han puesto de manifiesto que este método puede ser el más adecuado para escalas de cinco o más anclajes (Rhemtulla, Brosseau-Liard, y Savalei, 2012).

Para establecer la validez convergente se calculó la varianza media extraída por los factores (AVE), valores mayores o iguales a .50 se consideran indicativos de validez (Fornell y Larcker, 1981). La validez discriminante se evaluó teniendo en cuenta que el AVE de cada factor debe ser mayor que la correlación de sí mismo con cualquier otro factor (Fornell y Larcker, 1981). Más evidencias de validez convergente y discriminante se obtuvieron tras el estudio de los patrones de correlaciones entre los factores de la escala y otros constructos tanto próximos como lejanos de la misma.

Por último, para estimar la fiabilidad de la escala se analizó tanto la consistencia interna de la prueba, como la estabilidad temporal de la misma a 6 meses. La fiabilidad de cada elemento se evaluó mediante el análisis de las correlaciones entre cada ítem y su respectivo factor (Hair, Sarstedt, Hopkins, y Kuppelwieser, 2014). Para determinar la consistencia interna, se realizaron análisis de la fiabilidad de ambas subescalas, basado en la matriz de correlaciones de Pearson; se calculó mediante el coeficiente alfa de Cronbach y el coeficiente omega de McDonald ya que este último se considera un estimador mayor de la fiabilidad que el alfa de Cronbach (Dunn, Baguley, y Brunnsden,

2014). Para determinar la estabilidad temporal de las medida se analizó la invarianza temporal de la escala siguiendo el método de la invarianza progresiva (Dimitrov, 2010, 2012). Como índices de ajuste de la invarianza temporal se tuvo en cuenta la diferencia en el índice de ajuste comparativo (CFI), más robusto con muestras amplias que la diferencia en la Chi cuadrado (Cheung y Rensvold, 2002; Meade, Johnson, y Braddy, 2006, 2008).

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el programa R (R Core Team, 2016) y las librerías MVN (Korkmaz, Goksuluk, y Zararsiz, 2014) y Lavaan (Rosseel, 2012).

Resultados

Los resultados del análisis de normalidad desvelaron la presencia de cierta asimetría (Rango = -1.20, 1.30) y curtosis (Rango = -1.40, 1.20), estadísticamente significativa ($SW > .79$; $p < .001$), si bien están puntuaciones no se desvían en exceso de la curva normal. Los resultados del análisis de la adecuación muestral de los datos para el análisis factorial indican que el test de Bartlett para el contraste de la esfericidad nos permite rechazar la hipótesis de que la matriz de correlación poblacional es identidad (Bartlett $(df = 9) = 705.22$; $p > .001$). El valor del test Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = .80) sugiere que la matriz de correlaciones es apropiada para continuar con el análisis factorial.

Análisis factorial confirmatorio del ERQ

En un primer paso se analizaron los modelos de dos factores correlacionados y no correlacionados propuestos por los Gross y Thomson (2007) en su trabajo de validación inicial. Como puede verse en la Tabla 3.3,

apenas se aprecian diferencias en cuanto a los índices de ajuste de ambos modelos. Para tratar de mejorar el ajuste del modelo y, tras comprobaron los índices de modificación se realizaron una serie de análisis confirmatorios de modelos alternativos. En un primer paso se correlacionaron los errores de los ítems 4 y 5. Esta correlación está justificada puesto que ambos ítems saturan en la misma escala, además ambos expresan la capacidad del sujeto para cambiar el pensamiento con la intención de modificar sus emociones. Los valores de ajuste del modelo, aun habiendo mejorado considerablemente, siguen sin ser óptimos ($RMSEA > .5$, $\chi^2/gl > 4$). En un segundo paso se correlacionaron los errores de los ítems 3 y 4. Esta correlación también estaría justificada dado que ambos ítems están expresados en positivo y ambos saturan en la escala de RC. Finalmente, el modelo de dos factores no correlacionados con dos errores correlacionados es el que presenta los mejores índices de ajuste (véase Tabla 3.3).

Tabla 3.3. Índices de bondad de ajuste para los diferentes modelos relacionados con la estructura factorial de la ERQ, basados en los análisis factoriales confirmatorios ($n = 997$)

Modelo de análisis factorial confirmatorio de la ERQ	S-B χ^2 (gl)	χ^2/gl	RMSEA	SRMR	CFI	GFI	NFI	AIC
Modelo 1: Dos factores correlacionados	733.23 (34)	21.57	.121	.061	.909	.987	.903	32501.58
Modelo 2: Dos factores no correlacionados	530.82 (35)	15.16	.119	.063	.909	.987	.903	32501.96
Modelo 3: Dos factores no correlacionados, errores 4-5 correlacionados	220.17 (34)	6.48	.074	.046	.966	.993	.960	32193.31
Modelo 4: Dos factores no correlacionados, errores 4-5 y 3-4 correlacionados	98.08 (33)	2.97	.044	.042	.988	.997	.982	32073.22

Nota: Índices corregidos (método robusto). S-B $\chi^2 = \chi^2$ escalado de Satorra-Bentler; gl = Grados de libertad; RMSEA = Root mean square error of approximation; SRMR = Standardized root mean square residual; CFI = Comparative fit index; GFI = Goodness of fit index; NFI = Normed fit index; AIC = Akaike's information criterion.

Validez convergente y discriminante

Para comprobar la evidencia de validez convergente se calculó el AVE de los factores. El valor del AVE para el factor Reevaluación cognitiva ($AVE_{(RC)} = .47$) no alcanza el valor de .50; sin embargo, la diferencia encontrada entre el valor y el criterio ha resultado mínima. El valor del AVE para el factor Supresión emocional ha sido satisfactorio ($AVE_{(SE)} = .72$). Los valores del AVE de los factores comparados con las correlaciones entre los factores han resultado adecuados (véase Tabla 3.4), siendo la correlación entre los factores prácticamente nula ($r = -.04$).

Tabla 3.4. Correlaciones de Pearson de los ítems y los factores y varianza media extraída por los factores

	Reevaluación cognitiva	Supresión emocional	<i>M</i> (<i>DT</i>)
Reevaluación cognitiva	.47 ^a	-.04	5.02 (1.10)
Controlo mis emociones	.77***	-.01	4.80 (1.51)
Reevaluación menos negativa	.85***	-.07***	5.12 (1.47)
Reevaluación más positiva	.83***	-.07***	5.16 (1.44)
Cambio pensamiento más positivo	.73***	.02	4.82 (1.51)
Cambio pensamiento menos negativo	.72***	.03	4.75 (1.50)
Mantener la calma en situaciones de estrés	.57***	-.10***	5.48 (1.40)
Supresión emocional	-.04	.72 ^a	2.04 (1.03)
No expreso mis emociones	.01	.91***	3.15 (1.85)
No expreso emociones negativas	-.02	.89***	3.56 (1.87)
Oculto mis emociones	-.05	.92***	3.42 (1.99)
No expreso emociones negativas	-.12***	.73***	2.12 (1.38)
α/ω	.84/.77	.89/.91	

Nota: a = varianza media extraída (AVE).

M = media; *DT* = Desviación típica; α = alfa de Cronbach; ω = omega de McDonald.

*** $p < .001$.

Con el objetivo de obtener información adicional sobre la validez convergente y discriminante de la versión española del ERQ, se calcularon las correlaciones de Pearson entre las dos subescalas del ERQ y las puntuaciones del resto de escalas aplicadas en el protocolo, como variables relevantes desde el punto de vista clínico y psicopatológico (véase Tabla 3.5). La escala de reevaluación cognitiva del ERQ se ha relacionado positiva y significativamente con la escala de evaluación del DTS ($r = .24$). También se ha encontrado que la reevaluación está relacionada negativa y significativamente con los síntomas psicopatológicos en general ($r = -.23$) y en particular con aquellos en los que la evaluación de la situación o el control de impulsos juega un papel importante en su desarrollo como son la hostilidad ($r = -.24$), la sensibilidad interpersonal ($r = -.23$), la ansiedad ($r = -.20$) o la agorafobia ($r = -.20$). En esta misma línea, los resultados han mostrado una relación positiva y estadísticamente significativa entre la reevaluación y el afecto positivo ($r = .28$), y en sentido opuesto y con la misma magnitud con el afecto negativo ($r = -.28$) y la alexitimia ($r = -.23$). Sin embargo, factores como la tolerancia al estrés ($r = .09$), la regulación ($r = -.08$) o los síntomas somáticos ($r = -.07$) han mostrado una menor asociación con la reevaluación cognitiva (véase Tabla 3.4). La escala de supresión emocional a su vez ha mostrado estar fuertemente relacionada con la alexitimia ($r = .44$) y en menor medida con el afecto positivo ($r = -.23$). En lo relativo a las relaciones con la psicopatología, la supresión emocional ha mostrado una mayor asociación con la sintomatología internalizada como la depresión ($r = .22$) o la sensibilidad interpersonal ($r = .24$). Sin embargo, parece que apenas se ha encontrado relación con la regulación al estrés ($r = -.08$), la hostilidad ($r = .07$) o el psicoticismo ($r = .07$).

Tabla 3.5. Estadísticos descriptivos de las escalas, correlaciones entre las dimensiones de regulación emocional y otras variables relevantes y sus coeficientes de fiabilidad

	<i>M (DT)</i>	Reevaluación cognitiva	Supresión emocional	α/ω
DTS	3.21 (0.83)	.16***	-.17***	.90/.91
Tolerancia	3.08 (1.14)	.09**	-.11***	.83/.85
Evaluación	3.57 (0.90)	.24***	-.18***	.81/.80
Absorción	3.00 (1.15)	.19***	-.14***	.86/.87
Regulación	2.83 (1.05)	-.08*	-.08*	.79/.83
SA-45	23.73 (20.10)	-.23***	.20***	.95/.95
Depresión	3.94 (4.10)	-.16***	.22***	.89/.90
Hostilidad	1.74 (2.36)	-.24***	.07*	.76/.78
Sensibilidad Interpersonal	3.31 (3.54)	-.23***	.24***	.85/.85
Somatización	3.17 (3.27)	-.07*	.05	.81/.83
Ansiedad	3.37 (3.18)	-.21***	.10***	.83/.89
Psicoticismo	0.50 (1.19)	-.11***	.07*	.60/.64
Obsesión-Compulsión	3.49 (3.17)	-.14***	.17***	.78/.78
Ansiedad Fóbica (Agorafobia)	0.90 (2.13)	-.20***	.15***	.84/.85
Ideación Paranoide	3.28 (3.19)	-.15***	.19***	.78/.77
PANAS	-	-	-	-
Afecto positivo	29.86 (6.74)	.28***	-.23***	.91/.92
Afecto negativo	18.63 (5.69)	-.28***	.16***	.89/.93
TAS-20	41.24 (8.65)	-.23***	.44***	.79/.83

Nota: *M* = media; *DT* = Desviación típica; α = alfa de Cronbach; ω = omega de McDonald.

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

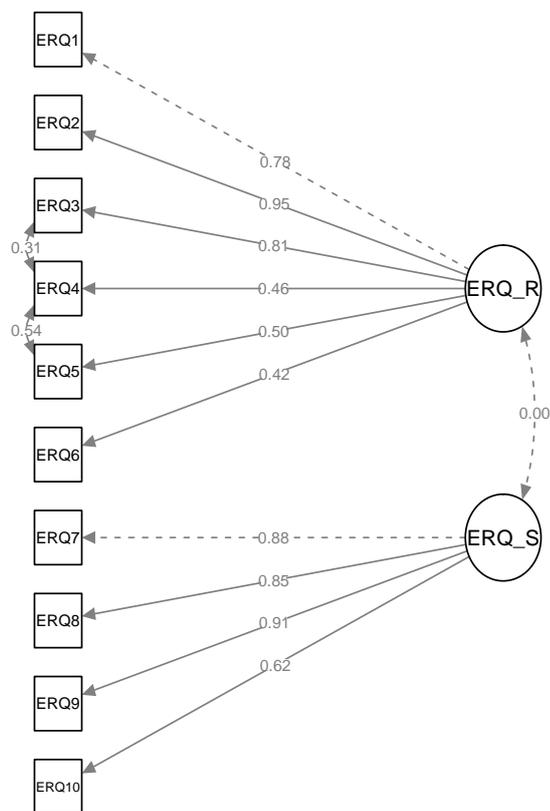
Fiabilidad

Los resultados del análisis de fiabilidad de los ítems han mostrado una elevada correlación con su factor ($r > .70$) a excepción del ítem 6 que ha presentado valores ligeramente inferiores ($r = .57$) y prácticamente nulas o muy bajas con el otro factor de la escala ($r < -.12$) (véase Tabla 3.4).

Los resultados del análisis de la fiabilidad del cuestionario, tal como se derivan del análisis de las medidas de consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de ambas subescalas muestran unos resultados excelentes ($\alpha > .84$). Los resultados del cálculo de los coeficientes omega de McDonald también resultaron adecuados ($\omega > .77$). La escala de supresión muestra una mayor

consistencia a pesar de contar con dos ítems menos (véase Tabla 4). Atendiendo a las cargas factoriales de los ítems con sus respectivos constructos vemos como el ítem 6 es que ha presentado la menor carga con .42 quedado el resto de valores entre el .46 y el .95 (véase Figura 3.1).

Figura 3.1. Estructura y cargas factoriales estandarizadas de la ERQ



Invarianza

Para establecer la invarianza temporal del ERQ, en un primer paso, a partir de los resultados de ambas aplicaciones (tiempo 1 y tiempo 2), se calculó el modelo base sin restricciones ($\chi^2_{(66, n=725)} = 151.30, p < .001, RMSEA = .042, SRMR = .049, CFI = .990, GFI = .997, NFI = .982, TLI = .986$). El siguiente paso fue evaluar los cambios en el modelo a partir de la introducción de las restricciones entre las cargas factoriales, los interceptos, los residuos y las medias de los ítems y los factores de ambas aplicaciones ($\chi^2_{(94, n=725)} = 230.32, p < .001, RMSEA = .045, SRMR = .055, CFI = .983, GFI = .995, NFI = .972, TLI = .984$). Siguiendo los criterios propuestos por (Cheung y Rensvold, 2002), vamos a considerar diferencias entre los valores en el RMSEA y el CFI menores de $-.01$, como evidencia de invarianza. Los resultados de esta comparación indican que el ERQ presenta invarianza temporal estricta pasados 6 meses ($\Delta RMSEA = .003, \Delta CFI = .007$).

Siguiendo con los pasos establecidos para valorar la invarianza temporal, se calculó la invarianza entre sexos. Los resultados del modelo base mostraron un adecuado ajuste ($\chi^2_{(66, n=983)} = 124.61, p < .001, RMSEA = .043, SRMR = .048, CFI = .996, GFI = .999, NFI = .971, TLI = .981$). Las posteriores comparaciones entre los modelos con restricciones mostraron que el ERQ presenta también invarianza estricta entre sexos ($\Delta RMSEA = .008, \Delta CFI = .008$).

Baremos del ERQ

Finalmente, se calcularon los baremos poblacionales para ambos sexos y grupos de edad (véase Tabla 3.6).

Tabla 3.6. Descriptivos y baremos poblacionales por sexo y grupos de edad

	Hombres								Mujeres							
	18-25		26-40		41-65		>66		18-25		26-40		41-65		>66	
	Sup.	Rev.	Sup.	Rev.	Sup.	Rev.	Sup.	Rev.	Sup.	Rev.	Sup.	Rev.	Sup.	Rev.	Sup.	Rev.
<i>M</i>	16.30	29.35	15.05	29.59	14.79	29.49	14.00	21.00	12.69	29.59	12.07	30.22	12.04	30.77	-	-
<i>DT</i>	6.21	5.40	6.33	6.24	6.33	6.77	5.66	12.73	6.00	6.24	5.97	6.49	5.61	6.36	-	-
Min	4	16	4	13	4	11	10	12	4	6	4	6	4	6	-	-
Max	28	42	27	42	28	42	18	30	28	42	28	42	27	42	-	-
<i>n</i>	80	80	229	229	121	121	2	2	498	498	726	726	324	324	0	0
Percentiles																
5	6	20	4	18	4	17	10	12	4	17	4	18	4	19	-	-
25	12	26	9	26	9	25	10	12	8	27	8	27	8	27	-	-
50	16	29	16	30	16	31	14	21	13	31	11	31	11	31	-	-
75	21	33	20	34	20	35	18	30	18	34	17	35	17	36	-	-
95	26	39	24	38	24	38	18	30	23	38	22	39	21	40	-	-
99	28	42	26	41	26	42	18	30	25	42	25	42	25	42	-	-

Nota: *N* = 1980. Sup. = supresión emocional; Rev. = reevaluación cognitiva.

Discusión

El objetivo de la presente investigación ha sido explorar las propiedades psicométricas de la versión española del ERQ. Los resultados de análisis factorial han dado soporte a una estructura de dos factores no correlacionados, apoyando así la primera de nuestras hipótesis. Estos resultados son similares a los hallados por los estudios previos (Cabello et al., 2013; Gross y John, 2003)

En cuanto al análisis de la validez convergente y discriminante, encontramos que la proporción de varianza media explicada por los factores de ERQ ha sido muy próxima a .50 para la Reevaluación cognitiva (.47) y sobradamente superior en el caso de la Supresión emocional. Siguiendo los criterios establecidos por la literatura previa, hemos de concluir que la escala ha mostrado evidencias de validez convergente (Fornell y Larcker, 1981; Hair, Black, Babin, y Anderson, 2009) Del mismo modo, nuestros resultados también apoyan la hipótesis de validez discriminante. Hasta donde sabemos, es la primera vez que se establece la validez convergente y discriminante de la escala siguiendo criterios estadísticos, lo que supone un importante avance en el conocimiento de las propiedades psicométricas de la escala. Atendiendo a los resultados adicionales de validez, tal como se estableció en las hipótesis, se constatan asociaciones positivas y estadísticamente significativas entre la supresión emocional y los síntomas psicopatológicos. Esta relación parece especialmente relevante en el caso de la sintomatología relacionada con los trastornos de ansiedad (fobia social y ansiedad fóbica y ansiedad generalizada), los síntomas depresivos y los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo. Así mismo se han constatado relaciones negativas y estadísticamente significativas

entre la reevaluación cognitiva y estos mismos síntomas. En esta misma línea, diversos estudios han encontrado esta asociación con la sintomatología ansioso-depresiva (Aldao et al., 2010; Schafer, Naumann, Holmes, Tuschen-Caffier, y Samson, 2016). Tal como han sugerido otros autores, estos hallazgos tienen importantes implicaciones en el conocimiento de la etiología de los trastornos de ansiedad y del estado del ánimo, poniendo de manifiesto el carácter transdiagnóstico de la regulación emocional (Aldao, 2012; Sandin et al., 2012).

Respecto a la fiabilidad de la ERQ, nuestros resultados han mostrado una adecuada fiabilidad de la escala, con valores de alfa de Cronbach superiores a .84, lo que supone una mejora incremental de la fiabilidad comparado con los resultados de Cabello y colaboradores (2013) y también al compararlo con la escala original (Gross y John, 2003). Estas diferencias podrían estar mediadas por ligeros cambios realizados en algunos de los ítems, de manera que resultaban algo más sencillos para los participantes. Futuras investigaciones deberían establecer si estas mejoras se mantienen en otras muestras distintas.

Los resultados del análisis de la estabilidad temporal a 6 meses mediante la técnica de la invarianza factorial han resultado adecuados, lo que nos permite afirmar que se ha cumplido la quinta de nuestras hipótesis, estableciendo así la invarianza temporal de la prueba. Es decir, que los resultados de la escala miden el mismo constructo a lo largo del tiempo, por lo que diversas aplicaciones del test pueden ser comparables en términos de diferencias en las dimensiones de la ERQ. A pesar de la importancia de probar la hipótesis de la invarianza temporal (Cheung y Rensvold, 2002; Pineda, Martín-Vivar, et al., 2018; Widaman, Ferrer, y Conger, 2010), que sepamos, es la primera vez que se

establece para cualquiera de las versiones disponibles de esta prueba, lo que de nuevo supone un importante hallazgo.

En lo relativo a la sexta de nuestras hipótesis, los resultados sugieren que la prueba es invariante respecto del sexo de los participantes, mostrando evidencias de invarianza estricta. Estos resultados van en línea de lo reportado por Melka y colaboradores (2011). Otras validaciones también han mostrado evidencias de invarianza, lo que confirmaría que la escala estaría midiendo el mismo constructo en diferentes muestras (Liu, Chen, y Tu, 2015). De hecho, el estudio realizado por Sala y colaboradores (2012) vendría a confirmar la invarianza de medida de la ERQ comparando dos versiones distintas, la italiana y la alemana.

El trabajo presenta algunas limitaciones que debían tenerse en consideración. Las diferencias en el número de mujeres y hombres de la muestra hacen que los resultados deban ser interpretados con cautela. Así mismo, se trata de una muestra de universitarios, y aunque la muestra es heterogénea en los principales factores sociodemográficos (edad, nivel económico, trabajo, familia, distribución geográfica, etc.), puede que los resultados no sean del todo extrapolables a la población española con niveles culturales bajos.

Con todo, el presente trabajo supone un importante avance en el conocimiento de la regulación emocional, aportando nuevas evidencias de las propiedades psicométricas de la versión española del ERQ. Futuras investigaciones deberían explorar en profundidad la regulación emocional como un constructo transdiagnóstico, y establecer la naturaleza de las relaciones de este constructo con los distintos trastornos de ansiedad y del estado del ánimo,

y otras variables transdiagnósticas tales como la sensibilidad a la ansiedad, la tolerancia a la incertidumbre o el afecto positivo y el afecto negativo.

Estudio 3: Estructura factorial y propiedades psicométricas de la Versión Abreviada de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost

***Factor structure and psychometrics properties of the Frost
Multidimensional Perfectionism Scale Short Version***

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 983 estudiantes universitarios de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), que participaron de forma voluntaria en el trabajo de investigación, de los cuales 768 eran mujeres (78.12 %). La edad estuvo comprendida entre 18 y 61 años ($M = 33.14$, $SD = 9.99$). Los estadísticos descriptivos se muestran en la Tabla 4.1. La distribución de participantes por regiones de España se muestra en la Tabla 4.2.

Tabla 4.1. Estadísticos descriptivos

<i>N</i>	983
Mujeres (%)	768 (78.12)
Edad, <i>M</i> (<i>DT</i>)	33.14 (9.98)
Rango de edad	18-61
Nivel socioeconómico, <i>n</i> (%):	
Bajo	256 (26.04)
Medio	619 (62.97)
Alto	108 (10.98)
Estado civil, <i>n</i> (%):	
Soltero	556 (56.56)
En pareja	356 (36.21)
Separado/divorciado/viudo	71 (7.22)

Tabla 4.2 Distribución de participantes por provincias (*n* y %)

Andalucía	135 (13.73%)
Aragón	61 (6.21%)
Asturias	31 (3.15%)
Baleares	25 (2.54%)
Canarias	47 (4.78%)
Cantabria	16 (1.63%)
Castilla-León	52 (5.29%)
Castilla-La Mancha	93 (9.46%)
Cataluña	48 (4.88%)
Extremadura	33 (3.36%)
Galicia	65 (6.61%)
La Rioja	8 (0.81%)
Madrid	231 (23.50%)
Murcia	26 (2.64%)
Navarra	17 (1.73%)
País Vasco	20 (2.03%)
Valencia	74 (7.53%)
Ceuta	1 (0.10%)
Melilla	0 (0.00%)

Nota: *N*= 983.

Instrumentos

Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost. La Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (*Frost Multidimensional Perfectionims Scale*, FMPS; Frost et al., 1990) consta de 35 ítems con una escala de respuesta Likert de 1 a 5, en los que el sujeto valora su nivel de perfeccionismo. Está compuesta por seis subescalas que comprenden las seis dimensiones de perfeccionismo propuestas por Frost: exigencias personales, preocupación por los errores, dudas sobre acciones, expectativas paternas, críticas paternas, y organización. La versión española fue traducida por Carrasco y colaboradores (2010). En esta validación, los autores proponen una estructura de cuatro

factores: miedo a errores, influencias paternas, expectativas de logro, y organización. Otros autores han propuesto estructuras de dos (Cox et al., 2002), tres (Purdon et al., 1999), y cuatro factores (Stöber, 1998).

Cuestionario de Síntomas Psicopatológicos Abreviado. El Cuestionario de Síntomas Psicopatológicos Abreviado (SA-45; Davison et al., 1997) es una forma abreviada del SCL-90 (Derogatis et al., 1973). El cuestionario está formado por 45 ítems en los que el sujeto debe indicar hasta qué punto ha experimentado cada uno de los síntomas durante la última semana, según una escala Likert cinco puntos donde el 0 representa “Nada en absoluto” y el 4 “Mucho o extremadamente”. El cuestionario mantiene la estructura factorial de nueve factores del SCL-90: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica (agorafobia), ideación paranoide, y psicoticismo). Para la presente investigación usamos la versión española de la prueba (Sandin, Valiente, et al., 2008). Los índices de fiabilidad con la presente muestra han resultado similares a los informados por los autores (α (somatización) = .81; α (obsesión-compulsión) = .78; α (sensibilidad interpersonal) = .85; α (depresión) = .89; α (ansiedad) = .83; α (hostilidad) = .76; α (ansiedad fóbica) = .84; α (ideación paranoide) = .78; α (psicoticismo) = .62).

Escalas de Afecto Positivo y Afecto Negativo. Escalas de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS; Watson, Clark, y Tellegen, 1988). Consta de 20 ítems, 10 referidos al afecto positivo y 10 al afecto negativo. Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 1 (Nada o casi nada) a 5 (Muchísimo). La escala de afecto positivo (AP) evalúa la capacidad de involucrarse en actividades placenteras. La escala de afecto negativo (AN) evalúa la presencia de estrés percibido. Se aplicó la versión española validada por Sandin et al. (1999). La

prueba ha mostrado una adecuada fiabilidad con la presente muestra ($\alpha_{(AP)} = .91$; $\alpha_{(AN)} = .89$).

Procedimiento

El reclutamiento de los participantes se llevó a cabo por muestreo incidental. Los sujetos recibieron créditos por su participación en la investigación, completando los cuestionarios a través de la plataforma online del grupo de investigación. Se extrajo una selección aleatoria de sujetos de la muestra total ($n = 198$) para realizar los análisis exploratorios. El estudio fue aprobado por el comité de bioética de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Análisis estadísticos

Se realizaron comprobaciones sobre la adecuación de los datos para el análisis factorial. Para poner a prueba la estructura factorial de la prueba, se realizó una serie de análisis factoriales confirmatorios (CFA). Estos análisis se basaron en la matriz de correlaciones de Pearson; se optó por aplicar el método de estimación de mínimos cuadrados ponderados diagonalmente (*Diagonally Weighted Least Squares*, DWLS). Estudios de simulación han puesto de manifiesto que este método puede ser menos sesgado en el cálculo de las cargas factoriales y en la estimación de parámetros (Li, 2016).

El siguiente paso fue determinar el número de factores óptimo para la escala. Para ello se aplicó el análisis paralelo (Timmerman y Lorenzo-Seva, 2011), con el método de extracción de mínimos cuadrados no ponderados robusto (*Robust Unweighted Least Squares*, RULS), y rotación Promin (Lorenzo-Seva, 1999).

A partir de estos resultados, se computaron nuevos análisis confirmatorios con la muestra restante.

Para establecer la validez convergente se calculó la varianza media extraída por los factores (AVE), valores mayores o iguales a .50 se consideran indicativos de validez (Fornell y Larcker, 1981). La validez discriminante se evaluó teniendo en cuenta que el AVE de cada factor debe ser mayor que la correlación de sí mismo con cualquier otro factor (Fornell y Larcker, 1981). Más evidencias de validez convergente y discriminante se obtuvieron tras el estudio de los patrones de correlaciones entre los factores de la escala y otros constructos como el afecto positivo y el afecto negativo, así como con variables de síntomas psicopatológicos.

Por último, para estimar la fiabilidad de la escala se analizó tanto la consistencia interna de la prueba, como la estabilidad temporal de la misma a 6 meses. La fiabilidad de cada elemento se evaluó mediante el análisis de las correlaciones entre cada ítem y su respectivo factor (Joe. F. Hair et al., 2014). Para determinar la consistencia interna, se realizaron análisis de la fiabilidad de ambas subescalas, basado en la matriz de correlaciones de Pearson, se calculó mediante el coeficiente alfa de Cronbach y el coeficiente omega de McDonald ya que este último se considera un estimador mayor de la fiabilidad que el alfa de Cronbach (Dunn et al., 2014).

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el programa R (R Core Team, 2016) y las librerías MVN (Korkmaz et al., 2014) y Lavaan (Rosseel, 2012), y el programa FACTOR (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2013).

Resultados

Los resultados del análisis de normalidad desvelaron la presencia de cierta asimetría (Rango = -1.20, 1.30) y curtosis (Rango = -1.40, 1.20), estadísticamente significativa ($SW > .79$; $p < .001$), si bien están puntuaciones no se desvían en exceso de la curva normal. Los resultados del análisis de la adecuación muestral de los datos confirmaron que estos eran apropiados para el análisis factorial. El test de Bartlett para el contraste de la esfericidad nos permite rechazar la hipótesis de que la matriz de correlación poblacional es identidad (Bartlett $(gl = 9) = 705.22$; $p > .001$). El valor del test Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = .80) sugiere que la matriz de correlaciones es apropiada para continuar con el análisis factorial.

Análisis Factorial de la FMPS

En un primer paso se analizaron los modelos reportados por la literatura previa, entre ellos el modelo de seis factores original (Frost et al., 1990; Gelabert et al., 2011), el de cuatro factores de Stöber, propuesto también en la versión española (Carrasco et al., 2010; Stöber, 1998), el de tres factores (Purdon et al., 1999), y por último también el de dos factores (Cox et al., 2002). Los resultados de estos análisis pueden verse en la Tabla 4.3.

Tabla 4.3. Índices de bondad de ajuste para los diferentes modelos relacionados con la estructura factorial de la FMPS, basados en los análisis factoriales confirmatorios (n = 983)

Modelo de AFC	S-B χ^2 (gl)	χ^2 /gl	RMSEA	SRMR	CFI	GFI	NFI
Seis factores (Frost et al., 1990)	1951.64 (545)	3.58	.051	.065	.955	.959	.939
Cuatro factores (Carrasco et al., 2010)	2192.37 (521)	4.21	.057	.072	.943	.951	.927
Tres factores (Purdon et al., 1999)	4770.32 (559)	8.53	.088	.099	.866	.899	.851
Dos factores (Cox et al., 2002)	6136.05 (557)	11.02	.101	.120	.822	.870	.808

Nota: Índices corregidos (método robusto). S-B χ^2 = χ^2 escalado de Satorra-Bentler; gl = Grados de libertad; RMSEA = Root mean square error of approximation; SRMR = Standardized root mean square residual; CFI = Comparative fit index; GFI = Goodness of fit index; NFI = Normed fit index; AIC = Akaike's information criterion.

Puede apreciarse como el modelo original de seis factores es el que presenta un mejor ajuste en comparación con el resto de propuestas factoriales, aunque sin llegar a obtener valores de ajuste adecuados (RMSEA > .50; Hair et al., 2010). Al no obtener resultados concluyentes sobre su estructura factorial, nos planteamos una nueva estrategia de análisis, partiendo de un análisis exploratorio. Los resultados de análisis paralelo indican que tan solo tres factores obtienen valores propios superiores a los obtenidos por azar (véase Tabla 4.4). Otros criterios como el RMSEA = .022, o GFI = .973, basados en el estudio de los residuos, también apoyan el uso de una estructura de tres factores (Ruiz, Pardo, y Martín, 2010; Timmerman y Lorenzo-Seva, 2011). Con estos resultados, optamos por una estructura de tres factores, similar a la informada por Purdon y colaboradores (1999).

Tabla 4.4 Autovalores de los factores extraídos en el análisis paralelo

Variable	Porcentaje de varianza real	Porcentaje medio de varianza por azar	Percentil 95 de varianza por azar
1	36.2*	7.4	8.0
2	12.7*	6.8	7.3
3	11.1*	6.4	6.8
4	6.0	6.1	6.4
5	4.0	5.8	6.1
6	3.2	5.5	5.7
7	2.8	5.2	5.5
8	2.6	4.9	5.2
9	2.5	4.7	4.9
10	2.3	4.4	4.6
11	2.2	4.2	4.4
12	1.9	4.0	4.2
13	1.6	3.7	3.9
14	1.4	3.5	3.7
15	1.2	3.3	3.5
16	1.1	3.1	3.3
17	1.1	2.9	3.1
18	0.9	2.7	2.9
19	0.8	2.5	2.7
20	0.8	2.2	2.5
21	0.8	2.0	2.3
22	0.7	1.8	2.1
23	0.5	1.6	1.8
24	0.5	1.4	1.7
25	0.5	1.2	1.4
26	0.3	1.0	1.2
27	0.3	0.8	1.0

Nota: * = autovalores mayores a los obtenidos por azar.

Si bien esta estructura no está exenta de problemas, ya que supone una sobre representación ciertos factores, en los que cargan una gran cantidad de ítems, en detrimento de otros como Organización que tan sólo cuenta con seis reactivos. En aras de obtener una escala más equilibrada entre sus factores, se optó por una revisión y cribado de los ítems, comenzando por aquellos ítems que presentaban cargas cruzadas entre los factores o pesos factoriales más bajos,

hasta dejar la escala con 6-7 ítems por subescala (ítems eliminados = 4, 5, 6, 10, 12, 16, 17, 18, 19, 24, 28, 30, 32, 33 y 35).

Por último, se realizaron los análisis confirmatorios del modelo de tres factores con la submuestra restante ($n = 785$): $\chi^2_{(167)} = 496.18$, $p < .001$; $\chi^2/gl = 2.97$; CFI = .969; GFI = .974; RMSEA = .045 (90% IC: .040, .049); SRMR = .059.

Validez convergente y discriminante

Para comprobar las evidencias de validez convergente, se calculó el AVE de los factores. Los valores de la AVE de los tres factores superan el umbral de significación ($AVE > .52$). Estos resultados dan soporte a la hipótesis de que los factores presentan una adecuada validez convergente. Del análisis de las correlaciones entre los factores se desprende que, si bien la correlación entre el factor Organización y los otros dos factores aislados es baja, estos últimos sí parecen mostrar índices de correlación más altos entre sí. En todo caso, se puede observar también como los valores del AVE de los factores obtienen puntuaciones superiores a las correlaciones entre los factores y por tanto podemos decir que presenta evidencias de validez discriminante.

Con el objetivo de obtener información adicional sobre la validez convergente y discriminante de la FMPS-20, se calcularon las correlaciones de Pearson entre las tres subescalas de la prueba y las puntuaciones del resto de escalas aplicadas en el protocolo, como variables relevantes desde el punto de vista clínico y psicopatológico (véase Tabla 4.6).

Tabla 4.5. Medias, desviaciones típicas y correlaciones de Pearson de los ítems y los factores, fiabilidad y varianza media extraída por los factores

	Exigencias parentales	Auto exigencias	Organización	M (DT)
Exigencias parentales	.56 ^a	.42***	.11***	12.26 (6.15)
Mis padres me pusieron metas muy altas	.78***	.24***	.10***	2.03 (1.22)
De niño me castigaban por no hacer las cosas perfectas	.70***	.28***	.03	1.65 (1.07)
Mis padres querían que fuera el mejor en todo	.86***	.32***	.11***	1.96 (1.23)
En mi familia sólo se acepta un rendimiento sobresaliente	.80***	.37***	.10***	1.46 (0.95)
Mis padres esperaban de mí la excelencia, lo mejor	.87***	.36***	.14***	1.79 (1.16)
Nunca me he sentido capaz de lograr lo que mis padres esperaban de mí	.70***	.46***	-.01	1.62 (1.08)
Mis padres siempre han tenido expectativas más altas sobre mi futuro que yo mismo	.77***	.28***	.04	1.75 (1.12)
Auto exigencias	.42***	.52 ^a	.11***	11.28 (4.91)
Si fracaso en el trabajo/estudios, soy un fracasado	.30***	.78***	.08*	2.15 (1.25)
Si alguien hace una tarea en el colegio/trabajo mejor que yo, siento como si hubiera fracasado totalmente en esa tarea	.35***	.76***	.12***	1.62 (0.93)
Fracasar en parte es tan malo como fracasar en todo	.29***	.71***	.11***	1.36 (0.74)
Seguramente la gente me apreciará menos si cometo un error	.34***	.78***	.05	1.51 (0.84)
Si no hago las cosas tan bien como los demás, significa que soy un ser humano inferior	.29***	.76***	.05	1.34 (0.77)
Si no hago las cosas siempre bien, la gente no me respetará	.33***	.79***	.12***	1.51 (0.83)
Cuantos menos errores cometa, más gustaré a los demás	.33***	.78**	.07*	1.79 (1.02)
Organización	.09**	.11***	.55 ^a	18.67 (4.98)
Para mí, es muy importante que todo esté organizado	.12***	.22***	.73***	2.91 (1.06)
Soy una persona cuidadosa	.08*	.05	.79***	3.36 (1.04)
Intento ser organizado	.04	.05	.87***	3.44 (1.06)
Intento ser una persona cuidadosa	.10***	.06*	.83***	3.36 (1.00)
La pulcritud es muy importante para mí	.12***	.17***	.68***	2.59 (1.07)
Soy una persona organizada	-.01	-.03	.83***	3.00 (1.12)
α/ω	.90/.90	.88/.87	.88/.88	

Nota: a = varianza media extraída (AVE). M = media; DT = Desviación típica; α = alfa de Cronbach; ω = omega de McDonald. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Tabla 4.6. Estadísticos descriptivos de las escalas, correlaciones entre las dimensiones de regulación emocional y otras variables relevantes y sus coeficientes de fiabilidad

	<i>M (DT)</i>	Exigencias parentales	Auto exigencias	Organización	α/ω
SA-45	0.53 (0.45)	.27***	.53***	-.04	.95/.95
Depresión	0.66 (0.71)	.27***	.54***	-.05	.89/.90
Hostilidad	0.35 (0.47)	.15***	.33***	-.06	.76/.78
Sensibilidad Interpersonal	0.66 (0.71)	.26***	.50***	-.01	.85/.85
Somatización	0.63 (0.65)	.19***	.26***	-.03	.81/.83
Ansiedad	0.67 (0.64)	.22***	.42***	-.01	.83/.89
Psicoticismo	0.10 (0.24)	.11***	.28***	-.05	.60/.64
Obsesión-Compulsión	0.70 (0.63)	.21***	.44***	-.02	.78/.78
Ansiedad Fóbica (Agorafobia)	0.18 (0.43)	.10***	.27***	-.05	.84/.85
Ideación Paranoide	0.66 (0.64)	.22***	.42***	.01	.78/.77
PANAS	-	-	-	-	-
Afecto positivo	2.99 (0.68)	-.07*	-.30***	.18***	.91/.92
Afecto negativo	1.86 (0.57)	.25***	.46***	-.04	.89/.93

Nota: *M* = media; *DT* = Desviación típica; α = alfa de Cronbach; ω = omega de McDonald. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

La escala de Organización no ha mostrado asociaciones significativas con ninguna de las variables a excepción del afecto positivo. Sin embargo, Exigencias parentales y Auto exigencias sí parece mostrar una asociación significativa con algunos síntomas de trastornos, especialmente en el caso de Auto exigencias que ha mostrado las puntuaciones más elevadas. En cuanto a su relación con el afecto, tanto las Exigencias parentales como las Auto exigencias, han mostrado una asociación positiva y estadísticamente significativa con el afecto negativo, y negativa y estadísticamente significativa con el afecto positivo. De nuevo parece que la relación con las Exigencias parentales es más débil en comparación con las Auto exigencias.

Fiabilidad

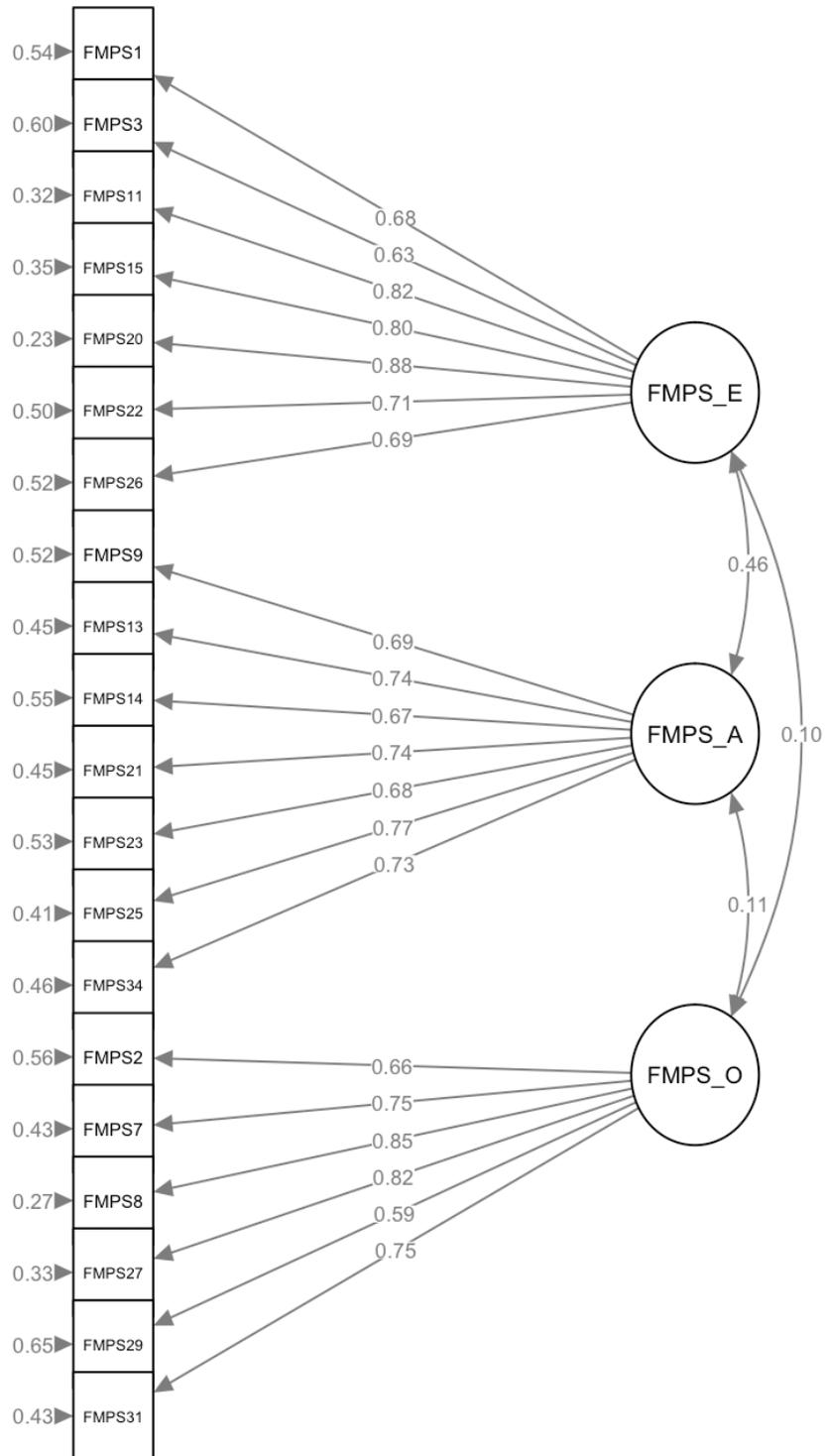
Los resultados del análisis de fiabilidad de los ítems han mostrado una elevada correlación con su factor ($r > .70$) a excepción del ítem 29 que ha presentado valores ligeramente inferiores ($r = .68$; véase Tabla 4.5).

Los resultados del análisis de la fiabilidad del cuestionario, tal como se derivan del análisis de las medidas de consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de las tres subescalas muestran unos resultados excelentes ($\alpha > .88$). Los resultados del cálculo de los coeficientes omega de McDonald también resultaron adecuados ($\omega > .87$). Atendiendo a las cargas factoriales estandarizadas de los ítems con sus respectivos constructos vemos como el ítem 29 es que ha presentado la menor carga con .59 quedado el resto de valores comprendidos entre el .66 y el .85 (véase Figura 4.1).

Discusión

El objetivo de la presente investigación ha sido explorar las propiedades psicométricas de la versión española del FMPS. Los resultados de análisis factorial no daban soporte a una estructura de cuatro factores, tal como se había sugerido en investigaciones previas (Carrasco et al., 2010). Tampoco parece que otras soluciones factoriales tuviesen un ajuste adecuado, a excepción tal vez del modelo de seis factores (Frost et al., 1990) donde los índices de ajuste presentaban valores ligeramente superiores a los estándares (Hair et al., 2010).

Figura 4.1. Estructura factorial de la FMPS-20



Estos resultados, unidos al hecho de encontrar abundante literatura que da cuenta de una estructura inestable en la escala (Carrasco et al., 2010; Cox et al., 2002; Gelabert et al., 2011; Khawaja y Armstrong, 2005; Purdon et al., 1999; Stöber, 1998), nos llevaron a plantearnos una revisión de la misma, partiendo de un nuevo análisis exploratorio y su posterior análisis confirmatorio.

En esta misma línea, Khawaja y Armstrong (2005) encontraron una estructura de cuatro factores, reteniendo 24 ítems de los 35 originales, sirviéndose del análisis de componentes principales con rotación Varimax. El trabajo, los autores realizan un segundo análisis exploratorio reteniendo 17 de los 24 ítems, con una estructura de dos factores. Estudios posteriores no han podido reproducir la solución factorial adoptada por Kahwaja y Amstromng (Măgurean, Sălăgean, y Tudor, 2016).

La explicación de estos resultados puede estar en la elección de los análisis aplicados. Recientes trabajos de simulación han puesto de manifiesto los problemas del análisis de componentes principales. Esta técnica de análisis factorial tiende a sobre estimar la dimensionalidad y las cargas factoriales, obteniendo soluciones sobrefactorizadas, con un número mayor de factores, que en realidad no representa adecuadamente los datos (Costello y Osborne, 2005; Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010). Además, los autores se inclinaron por una rotación ortogonal, cuando en teoría los componentes están claramente relacionados entre sí, con la excepción del factor Organización. Por ello en nuestros análisis optamos por método más robustos de estimación como el RULS con rotación Promin.

Los resultados del exploratorio basado en análisis paralelo indican que el modelo estaría formado por tres componentes. Otras investigaciones sobre la estructura factorial de la escala también han reportado soluciones similares (Purdon et al., 1999), si bien en esta ocasión se ha optado por realizar una depuración de los ítems con una doble intención, por un lado para tratar de equilibrar el número de ítems de la solución final adoptada; por otro, obtener una medida más breve sin perder precisión. Así, la escala quedaría compuesta por 20 ítems que reflejarían adecuadamente cada uno de los tres componentes del perfeccionismo. Los valores de ajuste del modelo, basados en el análisis factorial confirmatorio, avalan el uso de la solución de tres componentes. Dada la baja correlación de la subescala de Organización con los otros dos componentes, no parece apropiado el cálculo de una puntuación total de la escala. Se ha optado por modificar el nombre del factor Exigencias paternas, por el de Exigencias parentales, por considerarlo más inclusivo, al recoger en su definición tanto las exigencias paternas como las maternas.

En cuanto al análisis de la validez convergente y discriminante, en línea con las investigaciones previas que avalan la validez del constructo (Carrasco et al., 2010; Frost et al., 1990; Gelabert et al., 2011), encontramos evidencias de validez, tanto convergente como discriminante, para los componentes de FM-20.

En lo relativo a la fiabilidad, y en línea con lo informado por otros autores, la consistencia mostrada por las escalas es muy alta, con índices de alfa de Cronbach por encima de .88 (Carrasco et al., 2010; Franco, Díaz, Torres, Telléz, y Hidalgo-Rasmussen, 2014; Gelabert et al., 2011).

En cuanto a las limitaciones del trabajo, debe señalarse que el desequilibrio de la muestra en cuanto a la representación de ambos sexos, hacen que los resultados deban ser interpretados con cautela. Así mismo, se trata de una muestra de estudiantes universitarios, y aunque la muestra está ampliamente representada en rangos de edad y por distribución geográfica, puede que los resultados no sean del todo extrapolables a la población española.

Con todo, el presente trabajo supone un importante avance en la evaluación del perfeccionismo, aportando una nueva revisión de la escala, mucho más equilibrada y con un mayor fundamento matemático, que avalaría las propiedades psicométricas de la versión revisada del FMPS. Futuras investigaciones deberían confirmar si esta nueva revisión, soluciona los problemas de dimensionalidad que la escala arrastra desde sus inicios. En cuanto a su relación con la sintomatología de trastornos, nuevos trabajos deben explorar en profundidad el perfeccionismo desde una perspectiva transdiagnóstica, y establecer la naturaleza de las relaciones de este constructo con el afecto positivo y el afecto negativo, así como con los distintos trastornos de ansiedad y del estado del ánimo.

Estudio 4: Modelo jerárquico de vulnerabilidades transdiagnósticas para trastornos emocionales, nuevas evidencias

Método

Participantes

Un total de 983 estudiantes de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) participaron de forma voluntaria en el trabajo de investigación, de los cuales 768 eran mujeres (78.12 %). La edad de los participantes estuvo comprendida entre 18 y 61 años ($M = 33.14$, $SD = 9.99$). Los estadísticos descriptivos se muestran en la Tabla 5.1. La distribución de participantes por regiones de España se muestra en la Tabla 5.2.

Tabla 5.1. Estadísticos descriptivos

<i>N</i>	983
Mujeres (%)	768 (78.12)
Edad, <i>M (DT)</i>	33.14 (9.98)
Rango de edad	18-61
Nivel socioeconómico, <i>n (%)</i> :	
Bajo	256 (26.04)
Medio	619 (62.97)
Alto	108 (10.98)
Estado civil, <i>n (%)</i> :	
Soltero	556 (56.56)
En pareja	356 (36.21)
Separado/divorciado/viudo	71 (7.22)

Tabla 5.2 Distribución de participantes por provincias (*n* y %)

Andalucía	135 (13.73%)
Aragón	61 (6.21%)
Asturias	31 (3.15%)
Baleares	25 (2.54%)
Canarias	47 (4.78%)
Cantabria	16 (1.63%)
Castilla-León	52 (5.29%)
Castilla-La Mancha	93 (9.46%)
Cataluña	48 (4.88%)
Extremadura	33 (3.36%)
Galicia	65 (6.61%)
La Rioja	8 (0.81%)
Madrid	231 (23.49%)
Murcia	26 (2.64%)
Navarra	17 (1.73%)
País Vasco	20 (2.03%)
Valencia	74 (7.53%)
Ceuta	1 (0.10%)
Melilla	0 (0.00%)

Nota: *N*= 983.

Instrumentos

Escala de Síntomas de Trastornos de Ansiedad y Depresión. La Escala de Síntomas de Trastornos de Ansiedad y Depresión (ESTAD; Sandin, Valiente, Pineda, García-Escalera, y Chorot, 2018) es un instrumento de autoinforme breve para evaluar la sintomatología de los trastornos de ansiedad y la depresión. La escala evalúa también los síntomas el trastorno de ansiedad a la enfermedad (TAE) y los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). La ESTAD está formada por 45 ítems en los que el sujeto debe indicar la frecuencia con la que ha experimentado cada uno de los síntomas durante las últimas semanas, según una escala Likert cinco putos de 0 (Nunca) a 4 (Muchas

veces). El cuestionario presta la estructura factorial de siete factores: agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno de ansiedad a la enfermedad, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo-compulsivo. El ítem 2 evalúa de forma independiente el temor o la preocupación por sufrir un ataque de pánico. La prueba ha mostrado excelentes propiedades psicométricas (Chorot, Valiente, García-Escalera, Pineda, y Sandín, 2018).

Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo. Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS; Watson, Clark, y Tellegen, 1988). Consta de 20 ítems, 10 referidos al afecto positivo y 10 al afecto negativo. Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 1 (Nada o casi nada) a 5 (Muchísimo). La escala de afecto positivo (AP) evalúa la capacidad de involucrarse en actividades placenteras. La escala de afecto negativo (AN) evalúa la presencia de estrés percibido. Se aplicó la versión española validada por Sandin et al. (1999). La prueba ha mostrado una adecuada fiabilidad con la presente muestra ($\alpha_{(AP)} = .91$; $\alpha_{(AN)} = .89$).

Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3. Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3 (*Anxiety Sensitivity Index-3*, ASI-3; Taylor et al., 2007). Consta de 18 ítems que el participante debe contestar indicando el grado en que suele experimentar cada uno de los enunciados según una escala tipo Likert, de 0 (nada o casi nada) y 4 (muchísimo). Los ítems hacen referencia a reacciones de miedo o ansiedad ante la experiencia de síntomas de ansiedad de tipo físico, síntomas de descontrol cognitivo, y síntomas observables socialmente. La ASI-3 incluye tres subescalas de sensibilidad a la ansiedad (física, cognitiva y social), cada una de las cuales está constituida por 6 ítems. Se aplicó la versión española

validada por Sandin y colaboradores (2007). Todas las subescalas de la prueba han mostrado una adecuada fiabilidad con la presente muestra ($\alpha > .83$).

Escalas de Intolerancia a la Incertidumbre. Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (*Intolerance to Uncertainty Scale-12*, IUS-12; Carleton, Norton, et al., 2007). La escala cuenta con 12 ítems que evalúa las reacciones ante la incertidumbre, las situaciones ambiguas y el futuro. Los ítems se puntúan en una escala de Likert que va de 1 (nada característico de mí) a 5 (totalmente característico de mí), arrojando posibles puntuaciones de 27 a 135. La IUS-12 ha demostrado una estructura estable de dos factores no relacionados, que representa componentes ansiosos y de evitación de la intolerancia a la incertidumbre. La versión española de la prueba ha mostrado excelentes propiedades psicométricas.

Cuestionario de Regulación Emocional. El Cuestionario de Regulación emocional (*Emotional Regulation Questionnaire*, ERQ; Gross y John, 2003) consta de 10 ítems con los que el sujeto debe expresar su grado de acuerdo en referencia a como suele experimentar sus emociones. Se trata de una escala Likert de siete puntos desde el 1 (completamente en desacuerdo) al 7 (completamente de acuerdo). La versión original del cuestionario presenta una estructura factorial de dos factores no relacionados. El primer factor recoge las puntuaciones de seis ítems, que evalúan la reevaluación cognitiva. El segundo de los factores hace referencia a la supresión emocional y en el cargan los cuatros ítems restantes que componen el cuestionario. Los autores de la escala original reportaron unos índices de fiabilidad alfa de Cronbach de .79 para la escala de reevaluación cognitiva y .73 para la de supresión. La versión española

de la escala ha mostrado excelentes propiedades psicométricas (Pineda, Valiente, Chorot, y Sandín, 2018).

Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost Revisada. La Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost Revisada (FMPS-20) es una forma abreviada de la *Frost Multidimensional Perfectionims Scale*, (FMPS; Frost et al., 1990) que consta de 20 ítems con una escala de respuesta Likert de 1 a 5, en los que el sujeto valora su nivel de perfeccionismo. Está compuesta por tres subescalas: exigencias personales, expectativas paternas, y organización. La escala ha mostrado excelentes propiedades psicométricas y buen ajuste factorial.

Procedimiento

El reclutamiento de los participantes se llevó a cabo por muestreo incidental. Los sujetos recibieron créditos por su participación en la investigación, completando los cuestionarios a través de la plataforma online del grupo de investigación. El estudio fue aprobado por el comité de bioética de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Análisis estadísticos

Se realizaron comprobaciones sobre la adecuación de los datos para el análisis factorial. Para poner a prueba la estructura factorial de cada una de la prueba aplicadas, se realizó una serie de análisis factoriales confirmatorios (CFA). Estos análisis se basaron en la matriz de correlaciones de Pearson; se optó por aplicar el método de estimación de mínimos cuadrados ponderados diagonalmente (*Diagonally Weighted Least Squares*, DWLS). Estudios de simulación han puesto de manifiesto que este método puede ser menos sesgado

en el cálculo de las cargas factoriales y en la estimación de parámetros (Li, 2016).

Una vez confirmado que la estructura factorial de toda las pruebas aplicadas presenta un buen ajuste, el siguiente paso fue comprobar si se cumplen las hipótesis propuestas en el modelo de Norton y Mehta (2007). Este modelo prueba tan solo aquellas asociaciones identificadas en modelos previos (Norton y Mehta, 2007; Norton et al., 2005; Sexton et al., 2003). A partir de este, se fueron elaborando nuevos modelos incluyendo asociaciones derivadas tanto teórica como empíricamente. Entre las nuevas asociaciones se incluyeron tanto variables transdiagnósticas, como síntomas de trastornos relacionados. Para ello nos valimos de análisis de ecuaciones estructurales (SEM). Como criterios de ajuste de los modelos se tuvo en cuenta: $\chi^2/df > 5.0$; RMSEA $>.05$; SRMR $>.08$; GFI $<.905$; CFI $<.95$; y NFI $<.95$ (Kline, 2011; West, Taylor, y Wu, 2012). Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el programa R (R Core Team, 2016) y las librerías MVN (Korkmaz et al., 2014) y Lavaan (Rosseel, 2012).

Resultados

Los resultados de los test de Bartlett para el contraste de la esfericidad nos permiten rechazar las hipótesis de que las matrices de correlaciones poblacionales de son identidad ($p < .001$). Los valores del test Kaiser-Meyer-Olkin (KMO $>.80$) sugieren que las matrices de correlaciones de todas las escalas son apropiadas para continuar con los análisis factoriales (véase Tabla 5.3).

Tabla 5.3. Estadísticos de adecuación muestral

Escala	Bartlett K ² (gl)	KMO
ESTAD	4338.80 (43)*	.95
PANAS	398.81 (19)*	.91
ASI-3	1244.00 (17)*	.91
IUS-12	98.72 (11)*	.92
ERQ	346.98 (9)*	.80
FMPS-20	1212.50 (19)*	.93

Nota: * $p < .001$.

Los resultados de los análisis factoriales para confirmar que las estructura factorial de las escalas con nuestra muestra han resultado satisfactorios (véase Tabla 5.4). Todos los índices de ajuste han mostrado valores por debajo (χ^2 /gl, RMSEA y SRMR) y por encima (CFI, GFI y NFI) de los valores criterio, según corresponda. Estos resultados avalan el uso de las escalas en los modelos que a continuación se van a probar. Es un paso importante pues supone minimizar los errores de medida acumulados (varianza no explicada), que es una condición necesaria para los posteriores análisis. Los estadísticos descriptivos, así como los índices de fiabilidad de las distintas escalas se muestran en la Tabla 5.5.

Tabla 5.4. Índices de bondad de ajuste de la estructura factorial para las diferentes escalas, basados en los AFCs con ajuste DWLS ($n = 983$)

Escala	S-B χ^2 (gl)	χ^2 /gl	RMSEA	SRMR	CFI	GFI	NFI
ESTAD	1403.90 (881)	1.59	.025	.053	.990	.978	.973
PANAS	439.15 (169)	2.59	.040	.061	.983	.982	.973
ASI-3	146.12 (132)	1.10	.010	.045	.998	.989	.982
IUS-12	172.48 (53)	3.25	.048	.056	.988	.989	.983
ERQ	94.88 (33)	2.87	.044	.047	.986	.992	.979
FMPS-20	496.18 (167)	2.97	.045	.059	.969	.974	.955

Nota: DWLS = Diagonally weighted least squares. Índices corregidos (método robusto). S-B χ^2 = χ^2 escalado de Satorra-Bentler; gl = Grados de libertad; RMSEA = Root mean square error of approximation; SRMR = Standardized root mean square residual; CFI = Comparative fit index; GFI = Goodness of fit index; NFI = Normed fit index; AIC = Akaike's information criterion.

Tabla 5.5. Estadísticos descriptivos y fiabilidad de las escalas

	<i>M (DT)</i>	Rango	Alfa
Síntomas de ansiedad y depresión (ESTAD)	33.39 (21.31)	[0-176]	.95
Agorafobia	1.76 (3.08)	[0-24]	.88
Pánico	1.92 (3.13)	[0-24]	.87
Ansiedad generalizada	8.88 (5.18)	[0-24]	.90
Fobia social	5.51 (3.94)	[0-24]	.81
Ansiedad a la enfermedad	4.85 (4.09)	[0-24]	.82
Obsesiones-compulsiones	5.1 (4.53)	[0-32]	.80
Depresión	5.37 (4.3)	[0-24]	.84
PANAS			
Afecto positivo	29.86 (6.75)	[10-50]	.91
Afecto negativo	18.63 (5.7)	[10-50]	.89
Sensibilidad a la ansiedad (ASI-3)	12.34 (9.45)	[0-72]	.89
Sensibilidad a la ansiedad fisiológica	4.00 (3.95)	[0-24]	.85
Sensibilidad a la ansiedad cognitiva	2.09 (3.26)	[0-24]	.84
Sensibilidad a la ansiedad social	6.25 (4.64)	[0-24]	.83
Intolerancia a la incertidumbre (IUS-12)	27.09 (8.21)	[12-60]	.91
Intolerancia a la incertidumbre prospectiva	17.06 (5.48)	[7-35]	.89
Intolerancia a la incertidumbre inhibitoria	10.03 (3.62)	[5-25]	.84
Regulación emocional (ERQ)			
supresión emocional	30.02 (6.16)	[6-42]	.82
reevaluación emocional	13.57 (5.99)	[4-28]	.87
Perfeccionismo (FMPS-20)			
Auto exigencias	11.28 (4.91)	[7-35]	.88
Exigencias parentales	12.26 (6.15)	[7-35]	.90
Organización	18.67 (4.98)	[6-30]	.88

Análisis del modelo transdiagnóstico de Norton y Mehta

Los resultados del análisis del modelo reportado por Norton y Mehta (2007), han resultado satisfactorios ($\chi^2(3207) = 6181.02, p < .001; \chi^2/df = 1.92;$

CFI = .980; GFI = .980; NFI = .959; RMSEA = .031 (90% IC: .030, .032); SRMR = .054). Las cargas factoriales estandarizadas del modelo estructural están representadas en la Tabla 5.6. A diferencia del modelo reportado por Norton y Mehta (2007), como indicadores de las variables latentes se han tenido en cuenta todos los ítems de cada una de las subescalas y no solamente la suma de estos como único indicador, lo que en la práctica supone no dejar fuera los errores de medida de los ítems en la especificación del modelo. De este modo también se cumple con las recomendaciones señaladas por la literatura para modelos SEM, esto es, que cada variable latente esté identificada por al menos 3 ó 4 indicadores (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010; Iacobucci, 2010; Kline, 2011; Russell, 2002).

Tabla 5.6 Cargas factoriales estandarizadas del modelo estructural

	AN	AP	ASI	UIS	R2
Sensibilidad a la ansiedad	.745				.555
Intolerancia a la incertidumbre	.641	-.099			.447
Pánico	.337		.329		.388
Ansiedad generalizada	.861	.023*		.035*	.685
Fobia social	.340	-.138	.315	.081	.541
Obsesión-compulsión	.161		.316	.265	.416
Depresión mayor	.728	-.271		-.089	.677

Nota: AN = afecto negativo; AP = afecto positivo; ASI = Sensibilidad a la ansiedad; IUS = Intolerancia a la incertidumbre. * = p no significativa (> .001).

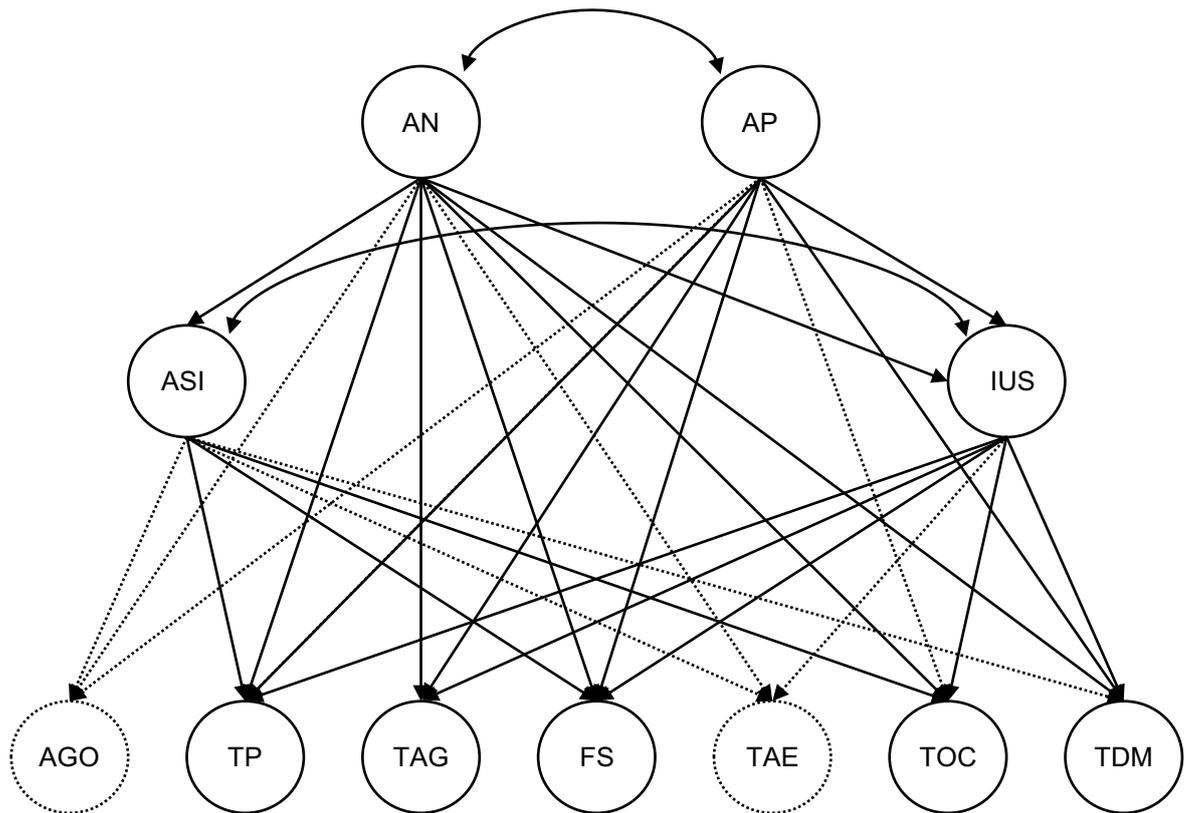
Tal como queda reflejado en la Tabla 5.6, el afecto negativo ha mostrado tener un gran impacto en el trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno obsesivo-compulso y trastorno depresivo mayor, mostrando tanto efectos directos como indirectos a través de la intolerancia a la incertidumbre y la sensibilidad a la ansiedad. Si bien se han

confirmado todas estas hipótesis, parece que la carga factorial que el afecto negativo tienen sobre los síntomas del trastorno obsesivo-compulso son mucho más modestos ($\beta = .161$; $p < .001$) que los obtenidos por Norton y Mehta (2007). De un modo similar, el afecto positivo también ha mostrado un impacto relevante, aunque de baja intensidad, en la intolerancia a la incertidumbre, confirmándose también los efectos directos para los síntomas de fobia social, trastorno depresivo mayor, pero no para el trastorno de ansiedad generalizada ($\beta = .023$; $p = .063$). En cuanto a los efectos directos que la sensibilidad a la ansiedad ha tenido en la sintomatología, se han cumplido las hipótesis predichas por el modelo de Norton y Mehta (2007), y además contrariamente a lo reportado por los autores, ésta ha resultado también relevante en la predicción de los síntomas de fobia social ($\beta = .315$; $p < .001$). En lo relativo a los efectos encontrados de la intolerancia a la incertidumbre sobre los síntomas de trastornos, comparados con los datos de Norton y Mehta (2007), estos han sido mucho más modestos en el caso de la fobia social y de signo contrario en el caso del trastorno depresivo mayor ($\beta = -.089$; $p < .001$), no llegando a la significación estadística para los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada ($\beta = .035$; $p = .125$). Dada la gran complejidad y el espacio necesario para poder representarlo, no se ha incorporado el modelo de medida.

Análisis del modelo transdiagnóstico de Norton y Mehta ampliado

Teniendo en cuenta las relaciones predichas por la literatura previa, se procedió con un nuevo análisis incorporando en el las relaciones entre las variables de vulnerabilidad y los síntomas de trastornos. En la Figura 5.1 pueden compararse las hipótesis a priori de ambos modelos.

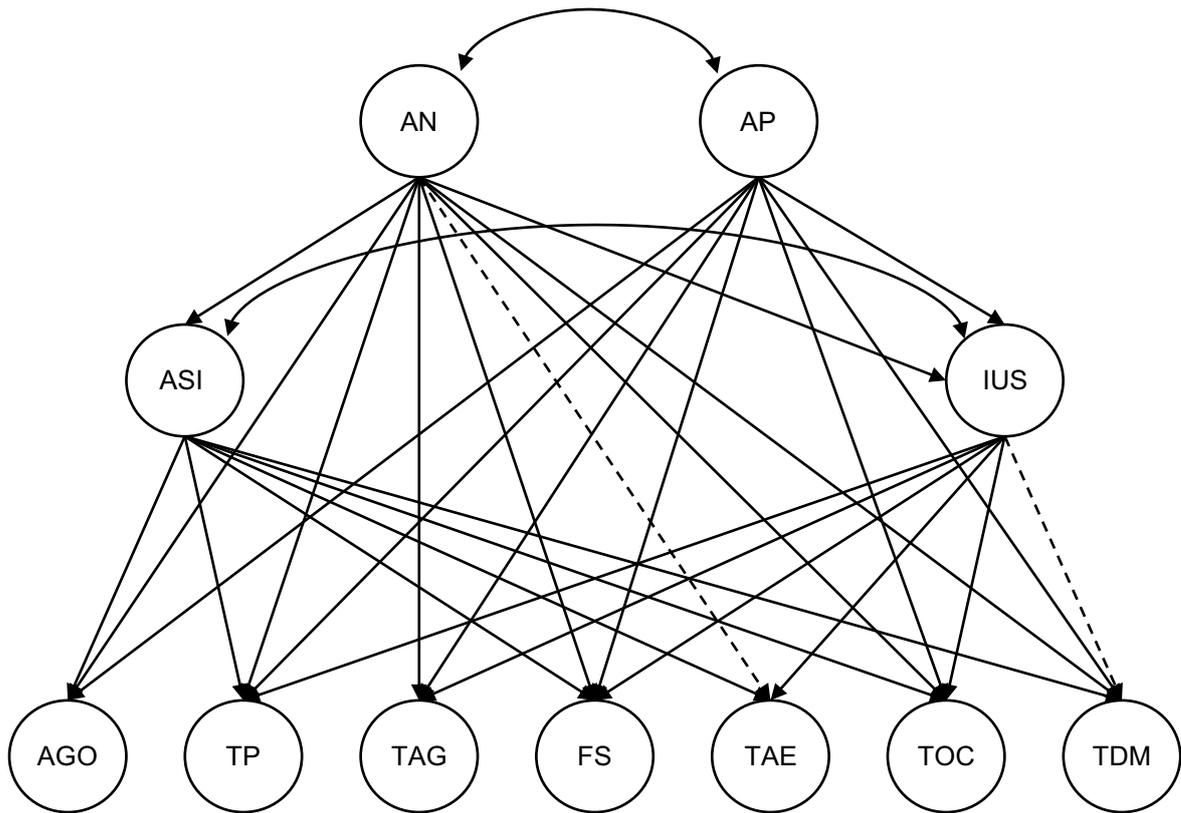
Figura 5.1 Modelo base y modelo extendido



Nota: Con líneas negras las hipótesis del modelo base, basado modelos previos (Norton y Mehta, 2007; Norton et al., 2005; Sexton et al., 2003); Con líneas punteadas las hipótesis del modelo extendido. AN = afecto negativo; AP = afecto positivo; ASI = sensibilidad a la ansiedad; IUS = Intolerancia a la incertidumbre; AGO = agorafobia; TP = trastorno de pánico; TAG = trastorno de ansiedad generalizada; FS = fobia social; TAE =trastorno de ansiedad a la enfermedad; TOC = trastorno obsesivo compulsivo; TDM = trastorno depresivo mayor.

Los resultados del análisis del modelo de Norton y Mehta extendido han mostrado un buen ajuste, mejorando ligeramente los índices con respecto al modelo base ($\chi^2(4220) = 6181.02, p < .001; \chi^2/df = 1.46; CFI = .982; GFI = .966; NFI = .960; RMSEA = .028$ (90% IC: .027, .029); SRMR = .052). El modelo estructural se ha representado en la Figura 5.2. y sus respectivas cargas factoriales estandarizadas en la Tabla 5.7.

Figura 5.2 Modelo extendido



Nota: Con líneas negras las hipótesis del modelo extendido; Con líneas discontinuas las hipótesis no confirmadas ($p > .001$). AN = afecto negativo; AP = afecto positivo; ASI = sensibilidad a la ansiedad; IUS = Intolerancia a la incertidumbre; AGO = agorafobia; TP = trastorno de pánico; TAG = trastorno de ansiedad generalizada; FS = fobia social; TAE = trastorno de ansiedad a la enfermedad; TOC = trastorno obsesivo compulsivo; TDM = trastorno depresivo mayor.

Tabla 5.7. Cargas factoriales estandarizadas del modelo extendido (modelo estructural)

	AN	AP	ASI	IUS	R^2
Sensibilidad a la ansiedad	.677				.458
Intolerancia a la incertidumbre	.552	-.160			.370
Agorafobia	.243	-.085	.284		.272
Pánico	.384	-.071	.376	-.129	.423
Ansiedad generalizada	.742	.034		.137	.666
Fobia social	.311	-.155	.344	.079	.534
Ansiedad a la enfermedad	.023*		.553	.069	.376
Obsesión-compulsión	.264	.037	.256	.249	.423
Depresión mayor	.536	-.284	.125	.013*	.641

Nota: AN = afecto negativo; AP = afecto positivo; ASI = Sensibilidad a la ansiedad; IUS = Intolerancia a la incertidumbre; R^2 = proporción de varianza explicada. * = p no significativa ($> .001$).

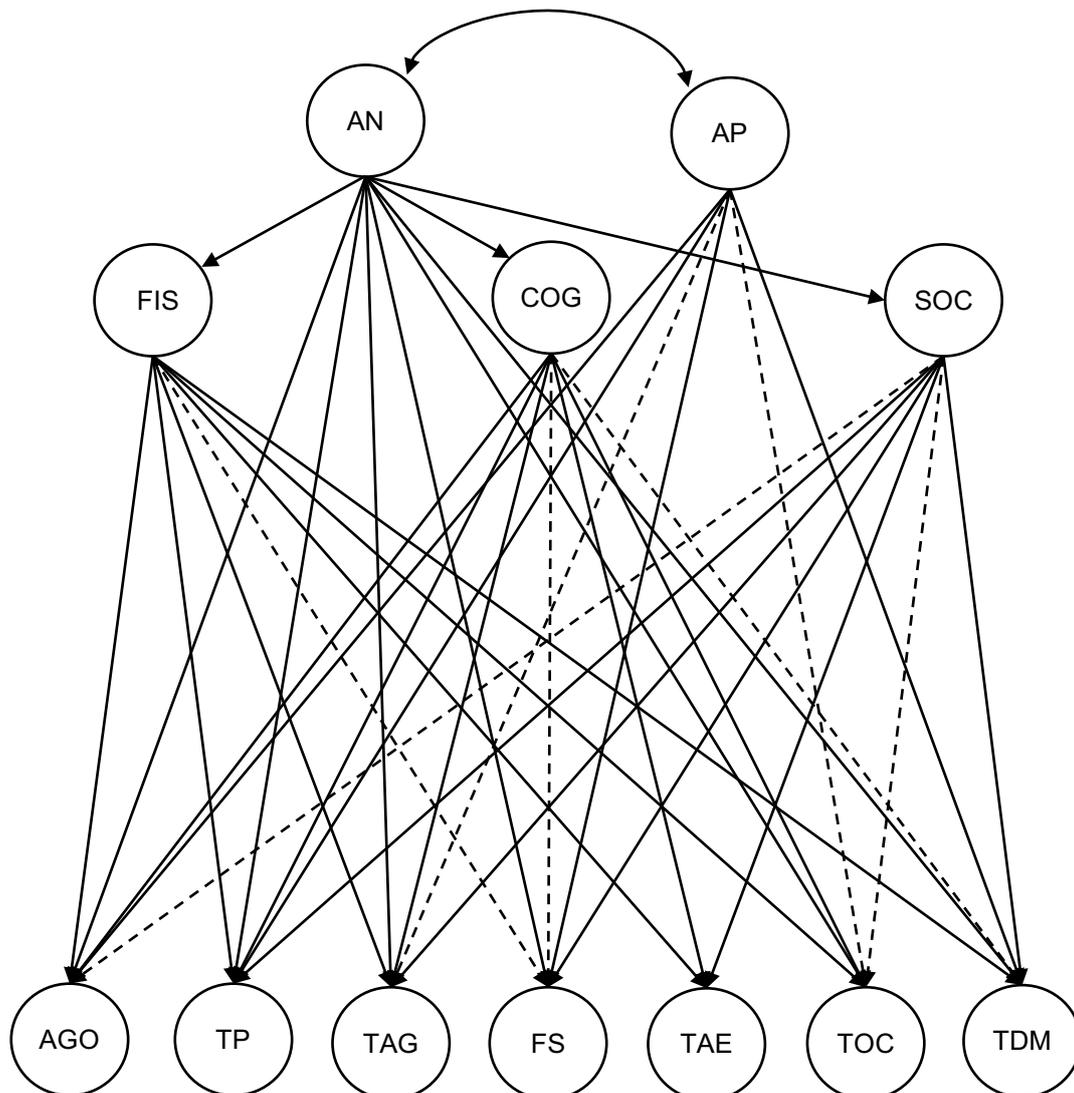
Tal como queda reflejado en la Tabla 5.7, el afecto negativo ha mostrado tener un gran impacto en la sintomatología de los trastornos de ansiedad y del estado del ánimo con efectos indirectos, a través de la sensibilidad a la ansiedad y al intolerancia a la incertidumbre, y directos sobre los síntomas de la agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno obsesivo-compulso y trastorno depresivo mayor, mostrando tanto efectos directos como indirectos a través de la intolerancia a la incertidumbre y la sensibilidad a la ansiedad. Sin embargo, no ha quedado confirmada la hipótesis de los efectos directos del afecto negativo sobre la ansiedad a la enfermedad ($\beta = .023$; $p = .389$). De un modo similar, el afecto positivo también ha mostrado un impacto relevante, sobre la intolerancia a la incertidumbre, confirmándose también los efectos directos para los síntomas de agorafobia, trastorno de pánico, ansiedad generalizada, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno depresivo mayor. Se observa como el afecto positivo juega un papel protector frente a la mayoría de los trastornos a excepción de la ansiedad generalizada y las obsesiones compulsiones, donde podría jugar un papel distinto, pasando a ser un factor de vulnerabilidad. Si bien estos últimos efectos presentan cargas factoriales relativamente bajas, lo que hace pensar que la inclusión o exclusión de algunas de las variables del modelo puede hacer variar su impacto algún momento.

Asociaciones específicas de los componentes de la sensibilidad a la ansiedad

Para comprobar los efectos específicos que cada uno de los componentes de la sensibilidad a la ansiedad tienen sobre los síntomas de los trastornos se

construyó un nuevo modelo relacionando cada uno de estos componentes con la sintomatología (véase Figura 5.3).

Figura 5.3 Modelo de asociación específica de los componentes de la sensibilidad a la ansiedad



Nota: Con líneas negras las hipótesis del modelo; Con líneas discontinuas las hipótesis no confirmadas ($p > .05$). AN = afecto negativo; AP = afecto positivo; FIS = sensibilidad a la ansiedad de tipo físico; COG = sensibilidad a la ansiedad de tipo cognitivo; SOC = sensibilidad a la ansiedad de tipo social; AGO = agorafobia; TP = trastorno de pánico; TAG = trastorno de ansiedad generalizada; FS = fobia social; TAE = trastorno de ansiedad a la enfermedad; TOC = trastorno obsesivo compulsivo; TDM = trastorno depresivo mayor.

Los resultados del análisis del modelo han mostrado un buen ajuste de los datos ($\chi^2(3181) = 5465.59, p < .001; \chi^2/df = 1.72; CFI = .983; GFI = .967; NFI$

= .961; RMSEA = .027 (90% IC: .026, .028); SRMR = .054). Las cargas factoriales estandarizadas del modelo estructural se ha representado en la Tabla 5.8.

Tabla 5.8 Cargas factoriales estandarizadas del modelo de asociación específica de los componentes de la sensibilidad a la ansiedad (modelo estructural)

	AN	AP	FIS	COG	SOC	R ²
Ansiedad fisca	.528***					.279
Ansiedad cognitiva	.630***					.397
Ansiedad social	.620***					.385
Agorafobia	.347***	-.081***	.152***	.032	.031	.272
Pánico	.451***	-.046***	.156***	.186***	-.070*	.435
Ansiedad generalizada	.856***	-.008	.068***	-.057*	-.095***	.665
Fobia social	.448***	-.161***	.008	-.056	.339***	.574
Ansiedad a la enfermedad	-	-	.516***	.262***	.038*	.446
Obsesión-compulsión	.438***	.001	.123***	.112***	.047	.383
Depresión mayor	.788***	-.279***	-.103***	-.024	-.068**	.702

Nota: AN = afecto negativo; AP = afecto positivo; ASI = Sensibilidad a la ansiedad; IUS = Intolerancia a la incertidumbre. * $p > .05$; ** $p > .01$; *** $p > .001$.

De los tres componentes de la sensibilidad a la ansiedad, el miedo a los síntomas físicos ha mostrado patrones significativos de asociación con todos los trastornos a excepción de la fobia social; el miedo a los síntomas cognitivos se ha asociado a los síntomas del trastorno de pánico, ansiedad a la enfermedad y trastornos obsesivo-compulsivo, y en menor medida a la ansiedad generalizada; por su parte el miedo a los síntomas socialmente observables, parece ser un factor de vulnerabilidad clave para la fobia social y en menor medida también para la ansiedad a la enfermedad, por el contrario, este mismo miedo parece ser un factor de protección para los síntomas de otros trastornos como el trastorno de pánico, la ansiedad generalizada o la depresión mayor.

La regulación emocional como variable transdiagnóstica en el modelo jerárquico

Para analizar el impacto que la regulación emocional se incorporaron los componentes de supresión emocional y reevaluación cognitiva la regulación emocional al modelo previo. Los resultados del análisis del modelo han mostrado un buen ajuste de los datos, aunque ligeramente peores que los resultados del modelo previo ($\chi^2(5184) = 10442.05, p < .001; \chi^2/df = 2.01; CFI = .973; GFI = .956; NFI = .948; RMSEA = .032$ (90% IC: .031, .033); SRMR = .055). Las cargas factoriales estandarizadas del modelo estructural se ha representado en la Tabla 5.9.

Tabla 5.9 Cargas factoriales estandarizadas del modelo jerárquico de vulnerabilidad y la regulación emocional (modelo estructural)

	AN	AP	ASI	IUS	REV	SUP	R^2
Sensibilidad a la ansiedad	.675***						.456
Intolerancia a la incertidumbre	.670***	-.093***					.512
Reevaluación cognitiva	-.183***	.246***					.133
Supresión emocional	-.149***	.244***					.113
Agorafobia	.337***	-.078***	.186***		.000	-.027	.263
Pánico	.641***	-.044**	.181***	-.210***	-.033	-.034*	.442
Ansiedad generalizada	.950***	-.008		-.094***	.012	-.149***	.725
Fobia social	.452***	-.125***	.215***	.035	-.022	.062***	.538
Ansiedad a la enfermedad	.097*		.430***	.162***	.036*	-.072***	.340
Obsesión-compulsión	.324***	.031*	.204***	.231***	.043**	.065***	.422
Depresión mayor	.820***	-.278***	-.027	-.154***	.009	-.029	.709

Nota: AN = afecto negativo; AP = afecto positivo; ASI = Sensibilidad a la ansiedad; IUS = Intolerancia a la incertidumbre; REV = reevaluación cognitiva; SUP = supresión emocional.

* $p > .05$; ** $p > .01$; *** $p > .001$.

Los resultados muestran una asociación más consistente del componente de supresión emocional, con efectos directos sobre los síntomas de los trastornos de pánico, ansiedad generalizada, fobia social, ansiedad a la enfermedad y trastornos obsesivo compulsivo. Sin embargo, el papel que la reevaluación cognitiva juega en el modelo es mucho más cuestionable, donde tan solo ha presentado efectos significativos, aunque de escasa magnitud, para el trastorno obsesivo compulsivo y la ansiedad a la enfermedad. En cuanto a la varianza explicada para cada uno de los trastornos, no se aprecian cambios significativos con respecto al modelo anterior.

El perfeccionismo como variable transdiagnóstica en el modelo jerárquico

Partiendo del modelo previo, se incluyeron los componentes del perfeccionismo como predictores de la sintomatología de los trastornos de ansiedad, del estado del ánimo y del trastorno obsesivo compulsivo. Los resultados del análisis del modelo se encuentran en el límite de lo aceptable, con algunos indicadores que no alcanzan valores de ajuste óptimos ($\chi^2(6250) = 14077.25$, $p < .001$; $\chi^2/df = 2.25$; CFI = .965; GFI = .948; NFI = .938; RMSEA = .036 (90% IC: .035, .036); SRMR = .057). Las cargas factoriales estandarizadas del modelo estructural se ha representado en la Tabla 5.10. Los resultados indican que principalmente las autoexigencias y en menor medida las exigencias parentales, parecen ser buenos predictores para los síntomas de los trastornos de ansiedad, depresivos y trastorno obsesivo compulsivo. También la organización parece relacionarse con la sintomatología de estos trastornos.

Tabla 5.10 Cargas factoriales estandarizadas del modelo jerárquico de vulnerabilidad y el perfeccionismo (modelo estructural)

	AN	AP	ASI	IUS	EXP	AEX	ORG	R ²
Sensibilidad a la ansiedad	.663***							.440
Intolerancia a la incertidumbre	.725***	-.020						.539
Exigencias parentales	.440***	.125***						.133
Autoexigencias	.726***	.019						.514
Organización	.238***	.321***						.088
Agorafobia	.426***	-.027***	.189***		-.027*	-.080***	-.073***	.271
Pánico	.979***	.058***	.159***	-.292***	-.035*	-.223***	-.126***	.526
Ansiedad generalizada	1.341***	.121***		-.188***	-.126***	-.320***	-.067***	.834
Fobia social	.691***	-.046*	.192***	-.028	-.022	-.088***	-.147***	.588
Ansiedad a la enfermedad	.109*		.444***	.172***	-.032*	-.088*	-.005	.336
Obsesión-compulsión	.505***	.055**	.183***	.171***	-.078***	-.098**	.072***	.450
Depresión mayor	.959***	-.186***	-.226***	-.047	-.024	.035*	-.110***	.771

Nota: AN = afecto negativo; AP = afecto positivo; ASI = Sensibilidad a la ansiedad; IUS = Intolerancia a la incertidumbre; EXP = exigencias parentales ; AEX = autoexigencias; ORG = organización. * $p > .05$; ** $p > .01$; *** $p > .001$.

Se aprecia también notable incremento en la varianza explicada por el modelo al incluir como variables los componentes del perfeccionismo, con la única excepción de los síntomas de ansiedad a la enfermedad que presenta un ligero descenso (ΔR^2 AGO = .008, ΔR^2 TP = .084, ΔR^2 TAG = .109, ΔR^2 FS = .050, ΔR^2 TAE = -.004, ΔR^2 TOC = .028, ΔR^2 TDM = .062). Contrariamente a lo esperado, una vez controlado el efecto del resto de variables del modelo, el componente de autoexigencia del perfeccionismo parece tener un papel protector frente a la sintomatología de estos trastornos.

Discusión

En los últimos años un creciente número de trabajos ha explorado la relación de ciertas variables de vulnerabilidad en el desarrollo y mantenimiento de diferentes trastornos de ansiedad, depresivos y otros trastornos relacionados como la ansiedad a la enfermedad y el trastorno obsesivo compulsivo. Uno de los autores más productivo en este campo ha sido Peter Norton quien propuso el modelo jerárquico de las vulnerabilidades (Norton y Mehta, 2007; Norton et al., 2005; Sexton et al., 2003). En él los autores relacionaban variables de vulnerabilidad en un modelo jerárquico de variables latentes, en el que el afecto negativo y el afecto positivo estaría en lo más alto del modelo, con relaciones directas e indirectas con las distintas patologías mentales, estas relaciones indirectas estarían mediadas por la sensibilidad a la ansiedad y la intolerancia a la incertidumbre.

Uno de los objetivos de este estudio ha sido replicar el modelo propuesto por Norton (Norton y Mehta, 2007; Norton et al., 2005; Sexton et al., 2003; Sexton, Norton, Walker, y Norton, 2010). Dada la complejidad de estos análisis,

antes de pasar a explorar los modelos de variables latentes, se ha comprobado el ajuste factorial de cada una de las escalas. El objetivo de esta comprobación ha sido descartar errores de medida que puedan condicionar la obtención de resultados posteriores en los modelos de variables latentes. El resultado de estos análisis ha sido plenamente satisfactorio para cada una de las escalas, reproduciendo la estructura factorial esperada, con unos índices de fiabilidad adecuados (Chorot et al., 2018; Pineda, Valiente, et al., 2018; Sandin et al., 1999, 2007, 2018).

En cuanto a los resultados del análisis del modelo de jerárquico de vulnerabilidad (Norton y Mehta, 2007; Norton et al., 2005; Sexton et al., 2003), nuestros datos indican que el modelo presenta un buen ajuste factorial. Estos resultados suponen un importante avance, pues, aunque los resultados presentados con anterioridad eran realmente meritorios, los análisis padecían ciertas carencias metodológicas que comprometen su interpretación. En concreto, en los trabajos previos, se presentaban variables latentes que estaban predichas tan solo por uno o dos indicadores, cuando existe abundante literatura que recomienda que, en este tipo de análisis de ecuaciones estructurales, las variables latentes presenten al menos 3 ó 4 indicadores observables (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010; Iacobucci, 2010; Kline, 2011; Russell, 2002).

Si bien podemos decir que, a rasgos generales, se han reproducido los resultados encontrados por los autores, en nuestro caso el efecto de la intolerancia a la incertidumbre sobre los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada no ha resultado significativo. La principal diferencia en el diseño aplicado por Norton y colaboradores (Norton y Mehta, 2007; Norton et al., 2005; Sexton et al., 2003) con respecto al nuestro son quizá escalas aplicadas para

medir los síntomas de los distintos trastornos. Ellos han optado por cuestionarios para valorar las preocupaciones como el PSWQ (Sandin et al., 2009), mientras en nuestro caso, nos hemos inclinado por cuestionarios que valoran sintomatología clínica de los trastornos (Chorot et al., 2018; Sandin et al., 2018). Así, el componente diferencial entre los ítems de la ESTAD y el PSWQ es la percepción de sentirlos en exceso y la incontrolabilidad de los síntomas en el caso de la ESTAD frente a las simples preocupaciones en el caso del PSWQ, que no necesariamente han de sentirse en exceso o incontrolables.

Otra diferencia importante es que en sus trabajos, la escala de sensibilidad a la ansiedad es la versión de 16 ítems (Peterson y Reiss, 1987). A pesar de ser una escala ampliamente aceptada, la misma no está exenta de críticas, principalmente relacionadas con la validez del contenido de la escala y su estructura factorial (Sandin et al., 2007). Esto podría explicar los bajos pesos factoriales de la sensibilidad a la ansiedad reportados por los autores tanto en los síntomas de fobia social como en los del trastorno obsesivo compulsivo. Sin embargo, en nuestros análisis parece que la sensibilidad a la ansiedad podría jugar un papel mucho más relevante en estos trastornos, lo que también explicaría la reducción en el poder predictivo que la tolerancia a la incertidumbre presenta en estos trastornos, en todo caso no parece que haya diferencia en cuanto a la cantidad de varianza explicada por ambos modelos.

El modelo jerárquico extendido

En cuanto al modelo extendido, los datos indican que hay una mejora en el ajuste comparado con el modelo base. El afecto negativo ha mostrado tener un gran impacto en la sintomatología de los trastornos de ansiedad y del estado del ánimo. Sin embargo, no ha quedado confirmada la hipótesis de los efectos

directos del afecto negativo sobre la ansiedad a la enfermedad. En esta línea, Sexton y colaboradores (2003), encontraron que el afecto negativo era un factor de vulnerabilidad a la ansiedad a la enfermedad. Años más tarde, Norton y colaboradores (2005), contrariamente a lo esperado, encontraron que el afecto negativo podía ser un factor de protección frente a la ansiedad a la enfermedad. Parece pues que hay cierta inestabilidad a la hora de predecir el efecto que el afecto negativo tiene sobre los síntomas de la ansiedad a la enfermedad.

En línea con lo reportado por los estudios anteriores (Norton y Mehta, 2007; Norton et al., 2005), los datos apuntan a que el afecto positivo juega un papel protector frente a la mayoría de los trastornos a excepción de la ansiedad generalizada y las obsesiones compulsiones, donde podría jugar un papel distinto, pasando a ser un factor de vulnerabilidad. Si bien estos últimos efectos presentan cargas factoriales relativamente bajas, lo que hace pensar que la inclusión o exclusión de algunas de las variables del modelo puede hacer variar su impacto en algún momento.

En cuanto al rol que la sensibilidad a la ansiedad y la tolerancia a la incertidumbre juegan en el modelo, en línea con lo reportado por investigaciones previas (Norton y Mehta, 2007; Norton et al., 2005; Sexton et al., 2010; Sexton et al., 2003) estas parecen ser un importante factor de vulnerabilidad para todos los trastornos de ansiedad, y del estado de ánimo.

Especificidad de los componentes de la sensibilidad a la ansiedad

Algunos estudios han argumentado que los componentes de la sensibilidad a la ansiedad podrían tener asociaciones específicas con distintos trastornos de ansiedad y del estado del ánimo (Allan et al., 2018, 2014; Olthuis et al., 2014)

Si bien se ha confirmado que cada uno de los componentes puede tener un efecto bien diferenciado en la aparición de los síntomas de los trastornos abordados, lo cierto es que han mostrado asociaciones para casi todos ellos. Por ejemplo, según nuestros resultados, y en línea con otros estudios (Allan et al., 2018), tan solo el componente de miedo a los síntomas socialmente visibles ha resultado un buen predictor de la fobia social, lo que por otro lado resulta bastante lógico. Algo similar ha ocurrido con los síntomas de agorafobia, donde el miedo a los síntomas físicos ha sido el único componente de la sensibilidad a la ansiedad con poder predictivo sobre la sintomatología. Allan y colaboradores (2018) argumentan que estas asociaciones específicas podrían comprometer en cierto modo el carácter transdiagnóstico de la sensibilidad a la ansiedad (y también de la tolerancia a la incertidumbre). Sin embargo, siendo ciertas estas asociaciones específicas con los síntomas del trastorno de ansiedad social y la agorafobia, en general, para el resto de patologías estudiadas al menos dos de los componentes de la sensibilidad a la ansiedad han resultado buenos predictores.

El papel de la regulación emocional en el modelo jerárquico

Algunos trabajos previos han relacionado consistentemente la regulación emocional con los trastornos de ansiedad y del estado del ánimo (Aldao, 2012; Aldao y Nolen-Hoeksema, 2010; Belloch, 2012; Sandin et al., 2012). Si bien nuestros resultados han mostrado una asociación más consistente del componente de supresión emocional con los síntomas de los trastornos de pánico, ansiedad generalizada, fobia social, ansiedad a la enfermedad y trastornos obsesivo compulsivo. Sin embargo, el papel que la reevaluación cognitiva juega en el modelo ha resultado ciertamente cuestionable, presentado

efectos significativos tan solo para el trastorno obsesivo compulsivo y la ansiedad a la enfermedad. Una de las hipótesis esperadas era la vinculación de la regulación emocional con los síntomas del trastorno depresivo mayor (Aldao et al., 2010). Sin embargo, nuestros resultados no han visto confirmada dicha hipótesis. El componente de la regulación emocional más fuertemente asociado a los síntomas depresivos ha sido la rumiación (Aldao, 2012; Ferrer et al., 2018). Sin embargo, la ERQ no evalúa adecuadamente este componente. Esto podría explicar la falta de consciencia de nuestros resultados con la literatura previa. Atendiendo a nuestros resultados, debemos concluir que la inclusión de los componentes de regulación emocional en el modelo jerárquico de vulnerabilidad no mejora (incluso empeora) los índices de ajuste del modelo, ni aporta varianza explicada extra a la ya aportada por el modelo previo. Estos resultados no avalarían la inclusión de la regulación emocional como variable transdiagnóstica en el modelo jerárquico. En todo caso, parece que son necesario más estudios que tengan cuenta otros componentes de la regulación emocional mucho más cercanos como pudiera ser la rumiación.

El papel del perfeccionismo en el modelo jerárquico

El perfeccionismo se ha relacionado con la sintomatología de los trastornos de ansiedad, depresivos y del trastornos obsesivo compulsivo (Chang et al., 2004; Egan et al., 2012; Limburg et al., 2017). En línea con lo reportado por la literatura previa, nuestros resultados avalarían el papel de las dimensiones del perfeccionismo en con la presencia de sintomatología de los trastornos de ansiedad, depresivos y del trastorno obsesivo compulsivo. Contrariamente a lo esperado, los resultados de nuestro trabajo parecen indicar que el perfeccionismo, tras controlar el efecto del resto de variables implicadas en el

modelo como el afecto positivo y afecto negativo, la sensibilidad a la ansiedad y la intolerancia a la incertidumbre ha resultado ser un factor de protección frente a los síntomas. De hecho, parece haber un debate abierto sobre cómo las dimensiones del perfeccionismo deben ser analizadas e interpretadas, porque la fuerza o la dirección de las asociaciones entre ellos y el ajuste psicológico / mal ajuste a veces cambia después de controlar las contribuciones de la otras dimensiones (Kawamoto y Furutani, 2018). Así por ejemplo, mientras Flett y Hewitt (2005) argumentan que el perfeccionismo resulta negativo para la práctica deportiva, Stoeber y Otto (2006) defienden justo lo contrario. Si bien algunos trabajos han presentado propuestas en cuanto a la correcta interpretación de estos datos (Hill, 2014; Stoeber y Gaudreau, 2017), no parece que el problema haya quedado resuelto hasta la fecha. En todo caso, son necesarios nuevas investigaciones que aclaren el papel que puede jugar los componentes del perfeccionismo en la sintomatología de los trastornos de ansiedad y del estado del ánimo.

El trabajo presenta algunas limitaciones que debían tenerse en consideración. El diferente número de mujeres y hombres de la muestra hacen que los resultados deban ser interpretados con cautela. Se trata además, de una muestra de universitarios, y aunque la muestra es heterogénea en los principales factores sociodemográficos como la edad, el nivel económico, el trabajo, la familia, o su distribución geográfica, puede que los resultados no sean del todo extrapolables a la población española con distintos niveles culturales.

Con todo, el presente trabajo supone un importante avance en el conocimiento de los modelos jerárquicos de vulnerabilidad a los trastornos de ansiedad y depresivos, estableciendo relaciones no exploradas hasta el

momento. Futuras investigaciones deberían profundizar en estos hallazgos, y establecer la naturaleza de las relaciones del modelo jerárquico de vulnerabilidad con los distintos trastornos de ansiedad y del estado del ánimo con muestras distintas y con población clínica.

Discusión y conclusiones

Los trastornos mentales tienen un importante impacto en la salud de las personas, siendo por importancia el segundo factor de morbilidad en Europa (World Health Organization, 2013) y una de las causas más importantes de muerte en el mundo (Walker et al., 2015). Dentro de los trastornos mentales, la depresión es la segunda causa de morbilidad mundial, seguida de los trastornos de ansiedad que ocuparían el quinto puesto, representado una de las principales causas de discapacidad en el mundo (Vos et al., 2015). El coste sanitario en España de estos problemas ronda los 6000 millones de euros anuales (Oliva-Moreno et al., 2006; Valladares et al., 2009). Estos trastornos presentan además tasas de comorbilidad cercanas al 50% (Brown et al., 2001). El transdiagnóstico ha supuesto un nuevo enfoque de los trastornos mentales, entendiéndolos sobre la base de un rango de procesos etiopatogénicos causantes y/o mantenedores de grupos de trastornos (Sandin et al., 2012). Desde su concepción, han sido propuestas un gran número de variables transdiagnósticas como el afecto positivo y afecto negativo, la sensibilidad a la ansiedad, la intolerancia a la incertidumbre, a regulación emocional y el perfeccionismo. Todas estas han mostrado cierto grado de asociación con los trastornos de ansiedad y del estado del ánimo (Belloch, 2012; Sandin et al., 2012). Con base a estas, se han propuesto varios modelos transdiagnósticos, como el modelo de la triple vulnerabilidad de Barlow (2002) o el modelo jerárquico de vulnerabilidad de Norton (Norton et al., 2005; Sexton et al., 2003). La investigación analizada ha puesto de manifiesto las bondades de los modelos transdiagnósticos en la

psicopatología de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Estos modelos han supuesto un gran avance en el entendimiento de la etiología de los trastornos de ansiedad y depresivos, sin embargo, se han identificado algunas lagunas que creemos se deben explorar con profundidad. En este sentido, se ha puesto de manifiesto que los modelos transdiagnósticos tienen una gran fundamentación teórica, y también evidencias clínicas que apoyarían su uso. Sin embargo, parece necesaria una mayor fundamentación empírica, basada en modelos estadísticos, que arrojen luz sobre la interrelación que las diferentes variables transdiagnósticas identificadas en la literatura mantienen entre sí y en qué medida están relacionadas con el desarrollo o el mantenimiento de ciertas patologías y en especial en los trastornos de ansiedad y depresivos.

El objetivo general de esta tesis ha sido explorar estas relaciones con base en los análisis de modelos de variables latentes. Para ello, es fundamental contar con herramientas de medida que garanticen que los datos con los que se van a explorar estos modelos estadísticos tienen la suficiente precisión, o, dicho de otro modo, que disponemos de medidas de los constructos implicados en el modelo válidas y fiables. Los objetivos específicos de esta tesis han sido: 1) La validación de la versión española de la escala de intolerancia a la incertidumbre (IUS-12); 2) la validación de una versión española de la escala de regulación emocional (ERQ); 3) la revisión de la estructura factorial de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (FMPS); 4) la replicación del modelo jerárquico de vulnerabilidad; 5) validación del modelo jerárquico de vulnerabilidad extendido; 6) exploración de la especificidad de los componentes de la sensibilidad a la ansiedad como variables de vulnerabilidad transdiagnósticos; 7) explorar el papel de la regulación emocional como variable

de vulnerabilidad en el modelo jerárquico extendido; y por último 8) explorar el papel del perfeccionismo como variable de vulnerabilidad en el modelo jerárquico extendido. En definitiva, el poder establecer con modelos de variables latentes, la relación que las variables de vulnerabilidad transdiagnóstica mantienen con los distintos trastornos de ansiedad y del estado del ánimo.

Con relación al primero de los objetivos, los resultados han mostrado que la versión española de la escala de intolerancia a la incertidumbre (IUS-12) presenta unos adecuados índices de validez y fiabilidad, en línea con lo reportado para la versión original y también para otras traducciones. Estas evidencias avalan el uso de la IUS-12 como una herramienta práctica y breve para medir la tolerancia a la incertidumbre.

En relación con el segundo de nuestros objetivos, los resultados del análisis factorial confirmatorio de la versión española de la escala de regulación emocional (ERQ), mostraron la estructura esperada de dos factores. Los resultados también indicaron una consistencia interna adecuada, fiabilidad test-retest y validez convergente y discriminante. Como era de esperar, el uso de la reevaluación se asoció positivamente con la emoción positiva y negativamente con la emoción negativa, mientras que el uso de la supresión se asoció negativamente con la emoción positiva y positivamente con la emoción negativa. Estos hallazgos sugieren que la versión en español del ERQ es un instrumento válido para evaluar las estrategias de regulación de las emociones en la población de habla hispana y puede usarse para estudios de laboratorio y aplicados.

En relación con el tercer objetivo de esta tesis, los resultados no avalan la estructura de cuatro factores hipotetizada. Tampoco se encontró soporte para

otras estructuras propuestas por la literatura previa. Nuevos análisis factoriales exploratorios basados en el análisis paralelo daban soporte a una estructura de tres factores. Tras el examen de los ítems, se propuso una revisión de la escala mucho más equilibrada. Los posteriores análisis confirmatorios apoyaban el uso de esta estructura de tres factores. Además, la versión revisada de la escala presentó adecuadas propiedades psicométricas con evidencias de validez convergente y discriminante, y unos índices de fiabilidad adecuados.

Con respecto al cuarto de nuestros objetivos, tras solventar la falta de indicadores para las variables latentes implicadas en el modelo jerárquico de vulnerabilidades, nuestros resultados han mostrado valores de ajuste adecuados, dando soporte empírico a esta propuesta.

En cuanto al modelo jerárquico de vulnerabilidades extendido, los datos indican que hay una mejora en el ajuste comparado con el modelo base, dando soporte parcial a las hipótesis planteadas: 1) que el afecto positivo y afecto negativo tendrán un efecto directo sobre los síntomas de agorafobia y en el caso del afecto negativo, también un efecto indirecto a través de la sensibilidad a la ansiedad; 2) que el afecto negativo tendrá un efecto directo sobre los síntomas de ansiedad a la enfermedad e indirecto a través de la sensibilidad a la ansiedad y la intolerancia a la incertidumbre; 3) que el afecto positivo tendrá efectos directos sobre los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo. Sin embargo, los efectos directos del afecto negativo sobre los síntomas de ansiedad a la enfermedad no se han visto respaldados por los datos. Con todo, los resultados avalan el modelo jerárquico de vulnerabilidad extendido.

En relación con la especificidad de los componentes de la sensibilidad a la ansiedad, se ha encontrado que, si bien cada uno de los componentes puede

tener efectos diferenciados, parece que es más lo que comparten que lo que los distingue, pues mantienen relaciones significativas con la mayoría de los trastornos. Estos resultados avalan el uso de la sensibilidad a la ansiedad como concepto transdiagnóstico de vulnerabilidad general.

Con respecto al papel que la regulación emocional como variable de vulnerabilidad en el modelo jerárquico, nuestros datos no han dado soporte a la inclusión de esta variable en el modelo. Si bien, estos resultados pueden estar relacionados con la mediada de regulación emocional aplicada, por lo que se requieren nuevas investigaciones que exploren esta relación, teniendo en consideración otros componentes de la regulación emocional más cercanos como la rumiación.

Por último, nuestros datos indican que el perfeccionismo sí jugarían un papel relevante en la predicción de síntomas de trastornos. Si bien este papel parece ser algo controvertido, pues en ocasiones, tras controlar los efectos de otras variables, puede variar en cuanto a su fuerza incluso a su dirección. Esto resultados, aunque ciertamente desconcertantes, van en línea con lo reportado por otros autores. De hecho, parece haber un debate abierto sobre cómo las dimensiones del perfeccionismo deben ser analizadas e interpretadas (Kawamoto y Furutani, 2018).

Limitaciones

En cada uno de los estudios que forma esta tesis se han ido poniendo de manifiesto ciertas limitaciones del trabajo que deben tener en cuenta a la hora de interpretar estos resultados. La primera está relacionada con las muestras de las que se extrajeron los datos. Se trata de muestra de estudiantes universitarios pregraduados y aunque ciertamente, la muestra es bastante heterogénea en los principales factores sociodemográficos como la edad, el nivel económico, el trabajo, la familia y su distribución geográfica, puede que los resultados no sean del todo extrapolables a la población española. Además, las muestras cuentan con un mayor número de mujeres que de hombres.

Por otro lado, se trata de una muestra de población general, y aunque la mayor parte de estos estudios se hacen con muestra similares (Norton y Mehta, 2007; Sexton et al., 2003), sería necesario que se comprobasen los resultados con muestra clínicas.

Otra limitación del trabajo está relacionada con las medidas aplicadas, pues se trata de cuestionarios de autoinforme donde podríamos encontrar patrones de sesgos en las respuestas. Futuras investigaciones deberían tener esto en cuenta y aplicar también otras medidas distintas al autoinforme, como las entrevistas semiestructuradas o el uso de observadores externos.

Referencias

- Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: a factor-analytic study. *Psychological monographs*, 80(7), 1-37.
<https://doi.org/10.1037/h0093906>
- Aldao, A. (2012). Emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: A closer look at the invariance of their form and function. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 261-277.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11843>
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 974-983. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.002>
- Aldao, A., Nolen-hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Allan, N. P., Capron, D. W., Raines, A. M., & Schmidt, N. B. (2014). Unique relations among anxiety sensitivity factors and anxiety, depression, and suicidal ideation. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 266-275.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.12.004>
- Allan, N. P., Cooper, D., Oglesby, M. E., Short, N. A., Saulnier, K. G., & Schmidt,

N. B. (2018). Lower-order anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty dimensions operate as specific vulnerabilities for social anxiety and depression within a hierarchical model. *Journal of Anxiety Disorders*, 53(May 2017), 91-99. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.08.002>

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... Vollebergh, W. A. M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(s420), 21-27. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V. American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>

Amstadter, A. B. (2008). Emotion Regulation and Anxiety Disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(2), 211-221. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.02.004>.Emotion

Asmundson, G. J. G., Taylor, S., Bovell, C. V, & Collimore, K. (2006). Strategies for managing symptoms of anxiety. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 6(2), 213-222. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1586/14737175.6.2.213>

Asseraf, M., & Vaillancourt, T. (2015). Longitudinal Links Between Perfectionism and Depression in Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(5), 895-908. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9947-9>

Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)

Balatsky, G., & Diener, E. (1993). Subjective well-being among Russian students. *Social Indicators Research*, 28(3), 225-243. <https://doi.org/10.1007/BF01079019>

Balzarotti, S., John, O. P., & Gross, J. J. (2010). An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 26(1), 61-67. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000009>

Barlow, D. H. (1988). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Recuperado a partir de <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc3&NEWS=N&AN=1988-98140-000>

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic, 2nd ed.* American Journal of Psychiatry (2nd ed., Vol. 159). New York: The Guilford Press. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1453>

Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230.

[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. The Journal of The American Medical Association.*
<https://doi.org/10.1001/jama.1968.03140130056023>

Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective.* New York: Basic.

Beck, A. T., Steer, R. A., & McElroy, M. G. (1982). Self-reported precedence of depression in alcoholism. *Drug and Alcohol Dependence, 10*(2-3), 185-190.
[https://doi.org/10.1016/0376-8716\(82\)90011-4](https://doi.org/10.1016/0376-8716(82)90011-4)

Belloch, A. (2012). Propuestas Para Un Enfoque Transdiagnóstico De Los Trastornos Mentales Y Del Comportamiento : *Revista De Psicopatologia Y Psicologia Clinica, 17*(3), 295-311.

Boelen, P. A., & Reijntjes, A. (2009). Intolerance of uncertainty and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(1), 130-135.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.04.007>

Bottesi, G., Ghisi, M., Novara, C., Bertocchi, J., e Ilaria, M. B., Dominicis, D., & Freeston, M. H. (2015). Intolerance of uncertainty scale (IUS-27 e IUS-12): Due studi preliminari. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 21*(3), 345-365.

Broday, S. F. (1988). Perfectionism and Millon Basic Personality Patterns. *Psychological Reports*, 63(3), 791-794. <https://doi.org/10.2466/pr0.1988.63.3.791>

Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585-599. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.4.585>

Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 179-192. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.2.179>

Brown, T. a, Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of abnormal psychology*, 107(2), 179-192. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.2.179>

Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The Intolerance of Uncertainty Scale: psychometric properties of the English version. *Behav Res Ther*, 40(8), 931-945. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00092-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00092-4)

Burns, G. L., Keortge, S. G., Formea, G. M., & Sternberger, L. G. (1996). Revision

of the Padua Inventory of obsessive compulsive disorder symptoms: Distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 34(2), 163-173. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00035-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00035-6)

Cabello, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., & Gross, J. J. (2013). A Spanish adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 29(4), 234-240. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000150>

Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., & Asmundson, G. J. G. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 468-479. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.011>

Carleton, R. N., Norton, M. A. P. J., & Asmundson, G. J. G. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 105-117. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.014>

Carleton, R. N., Sharpe, D., & Asmundson, G. J. G. (2007). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Requisites of the fundamental fears? *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2307-2316. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.04.006>

Carrasco, Á., Belloch, A., & Perpiñá, C. (2010). La evaluación del

perfeccionismo: utilidad de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo en población española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36(153), 49-65.

Chang, E. C., Banks, K. H., & Watkins, A. F. (2004). How Adaptive and Maladaptive Perfectionism Relate to Positive and Negative Psychological Functioning: *Journal of Counseling Psychology*, 51(1). <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.93>

Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating Goodness-of-Fit Indexes for Testing Measurement Invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 9(2), 233-255. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902_5

Chorot, P., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Pineda, D., & Sandín, B. (2018). Escala de Síntomas de Trastornos de Ansiedad y Depresión Propiedades psicométricas. En *X CONGRESO DE AEPCP*.

Chorpita, B. F. (2002). The tripartite model and dimensions of anxiety and depression: An examination of structure in a large school sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(2), 177-190. <https://doi.org/10.1023/A:1014709417132>

Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2010). Emotion

Regulation and the Anxiety Disorders: An Integrative Review. *Journal of Psychopathological Behaviour*, 32(1), 68-82.
<https://doi.org/10.1007/s10862-009-9161-1>.Emotion

Clark, D. M., Field, S., & Layard, R. (2012). Mental health loses out in the National Health Service. *The Lancet*, 379(9834), 2315-2316.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60985-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60985-4)

Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>

Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best Practices in Exploratory Factor Analysis : Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Practical Assessment, Research & Education*, 10, 1-9.
<https://doi.org/10.1.1.110.9154>

Cox, B. J., Enns, M. W., & Clara, I. P. (2002). The multidimensional structure of perfectionism in clinically distressed and college student samples. *Psychological Assessment*, 14(3), 365-373. <https://doi.org/10.1037//1040-3590.14.3.365>

Cox, B. J., Enns, M. W., & Taylor, S. (2001). The effect of rumination as a mediator of elevated anxiety sensitivity in major depression. *Cognitive Therapy and Research*, 25(5), 525-534.
<https://doi.org/10.1023/A:1005580518671>

- Cox, B. J., Taylor, S., & Enns, M. W. (1999). Fear of cognitive dyscontrol in relation to depression symptoms: Comparisons between original and alternative measures of anxiety sensitivity. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30(4), 301-311. [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(99\)00026-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(99)00026-9)
- Cummings, C. M., Caporino, N. E., & Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin*, 140(3), 816-845. <https://doi.org/10.1037/a0034733>
- D'Argembeau, A., & Van der Linden, M. (2006). Individual differences in the phenomenology of mental time travel: The effect of vivid visual imagery and emotion regulation strategies. *Consciousness and Cognition*, 15(2), 342-350. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2005.09.001>
- Davison, M. L., Bershady, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E., & Kane, R. L. (1997). Development of a Brief, Multidimensional, Self-Report Instrument for Treatment Outcomes Assessment in Psychiatric Settings: Preliminary Findings. *Assessment*, 4(3), 259-276. <https://doi.org/10.1177/107319119700400306>
- Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2008). Is Hypochondriasis Related to Obsessive-Compulsive Disorder, Panic Disorder, or Both? An Empirical Evaluation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(2), 115-127. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.22.2.115>

- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90 An outpatient psychiatric rating scale, preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-25.
- Dimitrov, D. M. (2010). Testing for Factorial Invariance in the Context of Construct Validation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 43(2), 121-149. <https://doi.org/10.1177/0748175610373459>
- Dimitrov, D. M. (2012). *Statistical Methods for Validation of Assessment Scale Data in Counseling and Related Fields*. (J. W. & Sons, Ed.), *Statistical Methods for Validation of Assessment Scale Data in Counseling and Related Fields*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25(5), 551-558. <https://doi.org/10.1023/A:1005553414688>
- Dugas, M. J., Schwartz, A., & Francis, K. (2004). Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(6), 835-842. <https://doi.org/10.1007/s10608-004-0669-0>
- Dunn, T. J., Baguley, T., & Brunsden, V. (2014). From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105(3), 399-412. <https://doi.org/10.1111/bjop.12046>

- Ebesutani, C., McLeish, A. C., Luberto, C. M., Young, J., & Maack, D. J. (2014). A bifactor model of anxiety sensitivity: Analysis of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(3), 452-464. <https://doi.org/10.1007/s10862-013-9400-3>
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203-212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista de Psicopatologia y Psicologia Clinica*, 17(3), 279-294. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11844>
- Eisner, L. R., Johnson, S. L., & Carver, C. S. (2009). Positive affect regulation in anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(5), 645-649. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.02.001>.Positive
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel Press.
- Escocard, M., Fioravanti-Bastos, a C. M., & Landeira-Fernandez, J. (2009). Anxiety Sensitivity Factor Structure Among Brazilian Patients with Anxiety Disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 246-255. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9103-3>
- Eysenck, H. J. (1959). *Maudsley Personality Inventory*. London: University of

London.

Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1976). *Psychoticism as a dimension of personality*. London: Hodder and Stoughton.

Ferrando, P., & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 18-33.
Recuperado a partir de
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3150810&info=resumen&idioma=ENG>

Ferrer, L., Martín-vivar, M., Pineda, D., Sandín, B., & Piqueras, J. A. (2018). Relación de la ansiedad y la depresión en adolescentes con dos mecanismos transdiagnósticos: el perfeccionismo y la rumiación, 26, 55-74.

Flett, G. L., Blankstein, K. R., & Hewitt, P. L. (2009). Perfectionism, performance, and state positive affect and negative affect after a classroom test. *Canadian Journal of School Psychology*, 24(1), 4-18.
<https://doi.org/10.1177/0829573509332457>

Flett, G. L., Greene, A., & Hewitt, P. L. (2004). Dimensions of Perfectionism and Anxiety Sensitivity. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 22(1), 39-57.
<https://doi.org/10.1023/B:JORE.0000011576.18538.8e>

Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2005). The perils of perfectionism in sports and

exercise. *Current Directions in Psychological Science*, 14(1), 14-18.
<https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00326.x>

Flett, G. L., Hewitt, P. L., Besser, A., Su, C., Vaillancourt, T., Boucher, D., ...
Gale, O. (2016). The Child–Adolescent Perfectionism Scale: Development,
Psychometric Properties, and Associations With Stress, Distress, and
Psychiatric Symptoms. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 34(7),
634-652. <https://doi.org/10.1177/0734282916651381>

Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Cheng, W. M. W. (2008). Perfectionism, distress, and
irrational beliefs in high school students: Analyses with an abbreviated
survey of personal beliefs for adolescents. *Journal of Rational - Emotive and
Cognitive - Behavior Therapy*, 26(3), 194-205.
<https://doi.org/10.1007/s10942-007-0066-1>

Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Dyck, D. G. (1989). Self-oriented perfectionism,
neuroticism and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 10(7), 731-
735. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(89\)90119-0](https://doi.org/10.1016/0191-8869(89)90119-0)

Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating Structural Equation Models with
Unobservable Variables and Measurement Error. *Journal of Marketing
Research*, 18(1), 39. <https://doi.org/10.2307/3151312>

Franco, K., Díaz, F., Torres, P., Telléz, Y., & Hidalgo-Rasmussen, C. (2014).
Internal consistency, test-retest reliability and construct validity of the Frost
Multidimensional Perfectionism Scale. *Revista Mexicana de Trastornos*

Alimentarios, 5(2), 91-97. [https://doi.org/10.1016/S2007-1523\(14\)72004-X](https://doi.org/10.1016/S2007-1523(14)72004-X)

Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994).

Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)

Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468.

<https://doi.org/10.1007/BF01172967>

Gelabert, E., García-Esteve, L., Martín-Santos, R., Gutiérrez, F., Torres, A., &

Subirà, S. (2011). Psychometric properties of the Spanish version of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale in women. *Psicothema*, 23(1),

133-139. <https://doi.org/10.1177/10731911117740204>

Gentes, E. L., & Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder,

major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.001>

Goldberg, D. P., Kruger, R. F., Andrews, G., & Hobbs, M. J. (2009). Emotional disorders: Cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11.

Psychological Medicine, 39(12), 2013-2023. <https://doi.org/10.1017/S0033291709990298>

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation : Affective , cognitive , and social

consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>

Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24).
<https://doi.org/10.1080/00140130600971135>

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis*. New Jersey: Pearson.

Hair, J. F., Sarstedt, M., Hopkins, L., & Kuppelwieser, V. G. (2014). Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM). *European Business Review*, 26(2), 106-121. <https://doi.org/10.1108/EBR-10-2013-0128>

Hamid, P. N., & Cheng, S. T. (1996). The development and validation of an index of emotional disposition and mood state: The Chinese Affect Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 56(6), 995-1014.
<https://doi.org/10.1177/0013164496056006006>

Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... ESEMedD-España, G. (2005). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMed-España. *Medicina*

Clínica, 126(12), 445-451. <https://doi.org/10.1157/13086324>

Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment. *Oxford Oxford University Press*, 365. <https://doi.org/10.1002/erv.647>

Haslam, N., Holland, E., & Kuppens, P. (2012). Categories versus dimensions in personality and psychopathology: A quantitative review of taxometric research. *Psychological Medicine*, 42(5), 903-920. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001966>

Helsen, K., Van den Bussche, E., Vlaeyen, J. W., & Goubert, L. (2013). Confirmatory factor analysis of the Dutch Intolerance of Uncertainty Scale: Comparison of the full and short version. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(1), 21-29. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.02.007>

Hewitt, P. L., & Dyck, D. G. (1986). Perfectionism, stress, and vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 10(1), 137-142. <https://doi.org/10.1007/BF01173389>

Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1990). Perfectionism and depression: A multidimensional analysis. *Journal of Social Behavior and Personality*. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5, 423-438.

Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>

Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 276-280. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.105.2.276>

Hewitt, P. L., Mittelstaedt, W. M., & Flett, G. L. (1990). Self-oriented perfectionism and generalized performance importance in depression. *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research & Practice*, 46(1), 67-73.

Hill, A. P. (2014). Perfectionistic strivings and the perils of partialling. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 12(4), 302-315. <https://doi.org/10.1080/1612197X.2014.919602>

Hill, R. D., van Boxtel, M. P. J., Ponds, R., Houx, P. J., & Jolles, J. (2005). Positive affect and its relationship to free recall memory performance in a sample of older Dutch adults from the Maastricht Aging Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(5), 429-435. <https://doi.org/10.1002/gps.1300>

Hilleras, P. K., Jorm, A. F., Herlitz, A., & Winblad, B. (1998). Negative and Positive Affect among the Very Old: A Survey on a Sample Age 90 Years or Older. *Research on Aging*, 20(5), 593-610.

<https://doi.org/10.1177/0164027598205003>

Iacobucci, D. (2010). Structural equations modeling: Fit Indices, sample size, and advanced topics. *Journal of Consumer Psychology, 20*(1), 90-98.
<https://doi.org/10.1016/j.jcps.2009.09.003>

Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin, 107*(2), 156-176.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.156>

Joiner, T. E., Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., & Marquina, G. (1997). Development and factor analytic validation of the SPANAS among women in Spain: (More) cross-cultural convergence in the structure of mood. *Journal of Personality Assessment, 68*(3), 600-615.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6803_8

Kawamoto, T., & Furutani, K. (2018). The mediating role of intolerance of uncertainty on the relationships between perfectionism dimensions and psychological adjustment/maladjustment among mothers. *Personality and Individual Differences, 122*(October 2017), 62-67.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.10.008>

Kawamura, K. Y., Hunt, S. L., Frost, R. O., & DiBartolo, P. M. (2001). Perfectionism, anxiety, and depression: Are the relationships independent? *Cognitive Therapy and Research, 25*(3), 291-301.
<https://doi.org/10.1023/A:1010736529013>

- Khawaja, N. G., & Armstrong, K. A. (2005). Factor structure and psychometric properties of the frost multidimensional perfectionism scale: Developing shorter versions using an Australian sample. *Australian Journal of Psychology*, 57(2), 129-138. <https://doi.org/10.1080/10519990500048611>
- Khawaja, N. G., & Yu, L. N. H. (2010). QUT Digital Repository : This is the author version published as : This is the author ' s version published as : Khawaja , Nigar G . & Yu , Lai Ngo Heidi (2010) A comparison of the Catalogue from Homo Faber 2007. *Clinical Psychologist*, 14(3), 97-106.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling. Analysis* (Vol. 77). <https://doi.org/10.1038/156278a0>
- Korkmaz, S., Goksuluk, D., & Zararsiz, G. (2014). MVN: An R package for assessing multivariate normality. *The R Journal*, 6(2013), 151-162.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Bagby, M., Carpenter, W. T., & Caspi, A. (2017). Quantitative Classification Running Head: QUANTITATIVE CLASSIFICATION 1, 1-48.
- Krohne, H. W., Egloff, B., Kohlmann, C. W., & Tausch, A. (1996). Untersuchungen mit einer Deutschen version der «Positive and Negative Affect Schedule» (PANAS). *Diagnostica*, 42(2), 139-156. <https://doi.org/10.1037/t49650-000>
- Laboratory, S. P. (s. f.). Resources, The Emotion Regulation Questionnaire.

Recuperado 28 de junio de 2017, a partir de
<https://spl.stanford.edu/resources>

Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Rhéaume, J., Blais, F., Boisvert, J. M., ... Thibodeau, N. (1999). Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behavior Therapy*, 30(2), 191-207.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(99\)80003-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(99)80003-3)

Laessle, R. G., Kittl, S., Fichter, M. M., & Pirke, K. M. (1988). Cognitive correlates of depression in patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 7(5), 681-686. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198809\)7:5<681::AID-EAT2260070512>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198809)7:5<681::AID-EAT2260070512>3.0.CO;2-N)

Li, C.-H. (2016). Confirmatory factor analysis with ordinal data: Comparing robust maximum likelihood and diagonally weighted least squares. *Behavior Research Methods*, 48(3), 936-949. <https://doi.org/10.3758/s13428-015-0619-7>

Liebman, W. M. (1978). Recurrent Abdominal Pain in Children: A Retrospective Survey of 119 Patients. *Clinical Pediatrics*, 17(2), 149-153.
<https://doi.org/10.1177/000992287801700208>

Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The Relationship Between Perfectionism and Psychopathology: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301-1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>

- Liu, W., Chen, L., & Tu, X. (2015). Chinese adaptation of Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CCA): A psychometric evaluation in Chinese children. *International Journal of Psychology*, n/a-n/a. <https://doi.org/10.1002/ijop.12233>
- Lopes, P. N., Salovey, P., Côté, S., & Beers, M. (2005). Emotion Regulation Abilities and the Quality of Social Interaction. *Emotion*, 5(1), 113-118. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.5.1.113>
- Lorenzo-Seva, U. (1999). Promin: A method for oblique factor rotation. *Multivariate Behavioral Research*, 34(3), 347-365. https://doi.org/10.1207/S15327906MBR3403_3
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2013). FACTOR 9.2: A Comprehensive Program for Fitting Exploratory and Semiconfirmatory Factor Analysis and IRT Models. *Applied Psychological Measurement*, 37(6), 497-498. <https://doi.org/10.1177/0146621613487794>
- Măgurean, S., Sălăgean, N., & Tudor, B. (2016). Factor structure and Psychometric properties of two short versions of Frost Multidimensional Perfectionism Scale in Romania. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 0, 1-5.
- Mahoney, A. E. J., & McEvoy, P. M. (2012). A transdiagnostic examination of intolerance of uncertainty across anxiety and depressive disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(3), 212-222.

<https://doi.org/10.1080/16506073.2011.622130>

Martin, R. C., Dahlen, E. R., Martin, R. C., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression , anxiety , stress , and anger depression , anxiety , stress , and anger. *Personality and Individual Difference*, 39, 1249-1260. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.06.004>

Matsumoto, D., Yoo, S. H., & Nakagawa, S. (2008). Culture, Emotion Regulation, and Adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(6), 925-937. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.94.6.925>

Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (1999). Emotional Intelligence Meets Traditional Standards for an Intelligence. *Intelligence*, 27(4), 267-298. [https://doi.org/10.1016/S0160-2896\(99\)00016-1](https://doi.org/10.1016/S0160-2896(99)00016-1)

McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. J. (2011). Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 112-122. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.010>

McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behav Res Ther*, 49(3), 186-193. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.12.006>.Rumination

McNally, R. J., & Lorenz, M. (1987). Anxiety sensitivity in agoraphobics. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 18(1), 3-11.

[https://doi.org/10.1016/0005-7916\(87\)90065-6](https://doi.org/10.1016/0005-7916(87)90065-6)

Meade, A. W., Johnson, E. C., & Braddy, P. W. (2006). the Utility of Alternative Fit Indices in Tests of Measurement Invariance. *Academy of Management Proceedings*, 2006(1), B1-B6.
<https://doi.org/10.5465/AMBPP.2006.27182124>

Meade, A. W., Johnson, E. C., & Braddy, P. W. (2008). Power and Sensitivity of Alternative Fit Indices in Tests of Measurement Invariance. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 568-592.
<https://doi.org/10.5465/AMBPP.2006.27182124>

Meade, A. W., & Lautenschlager, G. J. (2004). A monte-carlo study of confirmatory factor analytic tests of measurement equivalence/invariance. *Structural Equation Modeling*, 11(1), 60-72.
https://doi.org/10.1207/S15328007SEM1101_5

Melka, S. E., Lancaster, S. L., Bryant, A. R., & Rodriguez, B. F. (2011). Confirmatory factor and measurement invariance analyses of the emotion regulation questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 67(12), 1283-1293.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20836>

Meredith, W. (1993). Measurement invariance, factor analysis and factorial invariance. *Psychometrika*, 58(4), 525-543.
<https://doi.org/10.1007/BF02294825>

Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)

Miranda, R., Fontes, M., & Marroquín, B. (2008). Cognitive content-specificity in future expectancies: Role of hopelessness and intolerance of uncertainty in depression and GAD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 46(10), 1151-1159. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.05.009>

Morin, A. J. S., Katrin Arens, A., & Marsh, H. W. (2015). A bifactor exploratory structural equation modeling framework for the identification of distinct sources of construct-relevant psychometric multidimensionality. *Structural Equation Modeling*, 23(1), 116-139. <https://doi.org/10.1080/10705511.2014.961800>

Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46(6), 553-565. <https://doi.org/10.1037/h0054288>

Naragon-Gainey, K. (2010). Meta-Analysis of the Relations of Anxiety Sensitivity to the Depressive and Anxiety Disorders. *Psychological Bulletin*, 136(1), 128-150. <https://doi.org/10.1037/a0018055>

Nekanda-Trepka, C. J. S. (1984). Perfectionism and the Threat to Self-Esteem in Clinical Anxiety. *Advances in Psychology*, 21(C), 125-132.

[https://doi.org/10.1016/S0166-4115\(08\)62120-2](https://doi.org/10.1016/S0166-4115(08)62120-2)

Nerviano, V. J., & Gross, H. W. (1983). Personality types of alcoholics on objective inventories. A review. *Journal of studies on alcohol*, 44(5), 837-51. <https://doi.org/10.15288/jsa.1983.44.837>

Norton, P. J. (2005). A psychometric analysis of the Intolerance of Uncertainty Scale among four racial groups. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(6), 699-707. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.08.002>

Norton, P. J. (2006). Toward a clinically-oriented model of anxiety disorders. *Cognitive behaviour therapy*, 35(2), 88-105. <https://doi.org/10.1080/16506070500441561>

Norton, P. J., & Mehta, P. D. (2007). Hierarchical model of vulnerabilities for emotional disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(4), 240-254. <https://doi.org/10.1080/16506070701628065>

Norton, P. J., & Paulus, D. J. (2017). Transdiagnostic models of anxiety disorder: Theoretical and empirical underpinnings. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.004>

Norton, P. J., Sexton, K. A., Walker, J. R., & Ron Norton, G. (2005). Hierarchical model of vulnerabilities for anxiety: Replication and extension with a clinical sample. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(1), 50-63. <https://doi.org/10.1080/16506070410005401>

- Olatunji, B. O., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2009). Anxiety Sensitivity and the Anxiety Disorders: A Meta-Analytic Review and Synthesis. *Psychological Bulletin*, 135(6), 974-999. <https://doi.org/10.1037/a0017428>
- Oliva-Moreno, J., Montejo, L., & López-Bastida, J. (2006). The Economic Costs Of Anxiety In Spain Los Costes Económicos De Los Desórdenes De La Ansiedad En España. *Estudios de Economía Aplicada*, 821-836.
- Olthuis, J. V., Watt, M. C., & Stewart, S. H. (2014). Anxiety Sensitivity Index (ASI-3) subscales predict unique variance in anxiety and depressive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 115-124. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.04.009>
- Peterson, R. A., & Reiss, S. (1987). *Anxiety Sensitivity Index Manual*. Palos Heights: International Diagnostic Systems.
- Pineda, D., Martín-Vivar, M., Sandín, B., & Piqueras, J. A. (2018). Factorial invariance and norms of the 30-item shortened-version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS-30). *Psicothema*, 30(2), 1-6. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.276>
- Pineda, D., Valiente, R. M., Chorot, P., & Sandín, B. (2018). Invarianza factorial y temporal de la versión española del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(2).
- Piqueras, J. A., Martín-Vivar, M., Sandín, B., San Luis, C., & Pineda, D. (2017).

The Revised Child Anxiety and Depression Scale: A systematic review and reliability generalization meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 218(15), 153–169. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.022>

Pirbaglou, M., Cribbie, R., Irvine, J., Radhu, N., Vora, K., & Ritvo, P. (2013). Perfectionism, anxiety, and depressive distress: Evidence for the mediating role of negative automatic thoughts and anxiety sensitivity. *Journal of American College Health*, 61(8), 477-483. <https://doi.org/10.1080/07448481.2013.833932>

Popov, S., Janičić, B., & Dinić, B. (2016). Validation of the Serbian Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire (Erq). *Primenjena psihologija*, 9(1), 63-81. <https://doi.org/10.19090/pp.2016.1.63-81>

Pozza, A., & Dèttore, D. (2015). Psychometric Evidence of the Italian Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3) in Patients with Anxiety Disorders and Psychosis. *Research in Psychology and Behavioral Sciences*, 3(1), 7-17. <https://doi.org/10.12691/rpbs-3-1-3>

Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00200-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00200-9)

Purdon, C., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1999). Psychometric properties of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale in a clinical anxiety disorders sample. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1271-1286. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199910\)55:10<1271::AID-](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199910)55:10<1271::AID-)

JCLP8>3.0.CO;2-A

R Core Team. (2016). R: A language and environment for statistical computing.

R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria.

Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11(2), 141-153. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(91\)90092-9](https://doi.org/10.1016/0272-7358(91)90092-9)

Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). The expectancy model of fear. En *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107-121).

Remes, O., Brayne, C., van der Linde, R., & Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behavior*, 6(7). <https://doi.org/10.1002/brb3.497>

Rhemtulla, M., Brosseau-Liard, P. É., & Savalei, V. (2012). When can categorical variables be treated as continuous? A comparison of robust continuous and categorical SEM estimation methods under suboptimal conditions. *Psychological Methods*, 17(3), 354-373. <https://doi.org/10.1037/a0029315>

Rodríguez-Carvajal, R., Moreno-Jiménez, B., & Garrosa, E. (2006). Emotion Regulation Questionnaire - Spanish version. Recuperado a partir de <https://spl.stanford.edu/resources>

RosseeL, Y. (2012). lavaan: An R package for structural equation modeling.

Journal of Statistical Software, 48(2), 1-36.

Ruiz, M. A., Pardo, A., & Martín, R. S. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 34-45.
<https://doi.org/10.5195/reviberoamer.2003.5609>

Russell, D. W. (2002). In search of underlying dimensions: The use (and abuse) of factor analysis in Personality and Social Psychology Bulletin. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(12), 1629-1646.
<https://doi.org/10.1177/014616702237645>

Sala, M. N., Molina, P., Ablner, B., Kessler, H., Vanbrabant, L., & van de Schoot, R. (2012). Measurement invariance of the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ). A cross-national validity study. *European Journal of Developmental Psychology*, 9(6), 751-757. <https://doi.org/10.1080/17405629.2012.690604>

Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination Cognition and Personality*, 9, 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>

Sandin, B. (2014). El transdiagnóstico como nuevo enfoque en psicología clínica y psiquiatría. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (111), 9-13.

Sandin, B., & Chorot, P. (2009). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandin, & F. Ramos (Eds.), *Manual de*

psicopatología (2ª, pp. 43-63). Madrid: Mc Graw Hill.

Sandin, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., & Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, *11*(1), 37-51.

Sandin, B., Chorot, P., & McNally, R. J. (2001). Anxiety Sensitivity Index: Normative data and its differentiation from trait anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *39*(2), 213-219. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00009-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00009-7)

Sandin, B., Chorot, P., Olmedo, M., & Valiente, R. M. (2008). Escala de Propensión y Sensibilidad al Asco-Revisada (DPSS-R): Propiedades psicométricas y relación del asco con los miedos y los síntomas obsesivo-compulsivos. *Análisis y Modificación de Conducta*, *34*, 127-168.

Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. A., & Jiménez, P. (1996). Dimensiones de alexitimia y estados emocionales de ansiedad, depresión e ira. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, *17*(1), 49-57.
Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=248583>

Sandin, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *17*(3), 185-203. <https://doi.org/10.5944/rppc.17.3.11839>

- Sandin, B., Chorot, P., Valiente, R. M., & Lostao, L. (2009). Validación Española Del Cuestionario De Preocupación Pswq: Estructura Factorial Y Propiedades Psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 107-122.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., & Pineda, D. (2012). *Cuestionario de Regulación Emocional*.
- Sandin, B., Chorot, P., Valiente, R. M., Santed, M. A., & Lostao, L. (2004). Dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad : Evidencia confirmatoria de la estructura jerárquica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9(1), 19-33. Recuperado a partir de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3965/3819>
- Sandín, B., Simons, J. S., Valiente, R. M., Simons, R. M., & Chorot, P. (2017). Psychometric properties of the spanish version of The Distress Tolerance Scale and its relationship with personality and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 29(3), 421-428. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.239>
- Sandin, B., Valiente, R. M., Chorot, P., & Santed, M. A. (2007). ASI-3: Nueva escala para la evaluación de la sensibilidad a la ansiedad, 12, 91-104.
- Sandin, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., & Lostao, L. (2008). SA-45: Forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296.

- Sandin, B., Valiente, R. M., Pineda, D., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2018). Escala de Síntomas de Trastornos de Ansiedad y Depresión Analisis factorial confirmatorio. En *X CONGRESO DE AEPCP*. Albacete.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Santed, M. A., Pineda, D., & Olmedo, M. (2013). Efecto de la sensibilidad al asco sobre los síntomas hipocondríacos: un estudio prospectivo. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Revista iberoamericana de psicología*, *107*, 32-45.
- Sarıçam, H., Erguvan, F. M., Akin, A., & Akça, M. Ş. (2014). The Turkish Short Version of the Intolerance of Uncertainty (IUS-12) Scale: The study of validity and reliability. *Route Educational & Social Science Journal*, *1*(3), 148-157.
- Schafer, J. O., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2016). Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. *Journal of Youth and Adolescence*, 1-16. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>
- Sexton, K. A., Norton, P. J., Walker, J. R., & Norton, G. R. (2003). Hierarchical model of generalized and specific vulnerabilities in anxiety. *Cognitive behaviour therapy*, *32*(2), 82-94. <https://doi.org/10.1080/16506070302321>
- Sexton, K. A., Norton, P. J., Walker, J. R., & Norton, G. R. (2010). Hierarchical Model of Generalized and Specific Vulnerabilities in Anxiety Hierarchical Model of Generalized and Specific, *6073*(April 2013), 37-41. <https://doi.org/10.1080/16506070310000407>

- Shafran, R., & Rachman, S. (2004). Thought-action fusion: A review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.04.002>
- Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 379-391. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(96\)00018-7](https://doi.org/10.1016/0887-6185(96)00018-7)
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Acton, MA: Copley Publishing Group.
- Starcevic, V., & Berle, D. (2006). Cognitive specificity of anxiety disorders: A review of selected key constructs. *Depression and Anxiety*, 23(1), 51-61. <https://doi.org/10.1002/da.20145>
- Stewart, S. H., Taylor, S., & Baker, J. M. (1997). Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(2), 179-200. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(97\)00005-4](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(97)00005-4)
- Stöber, J. (1998). The frost multidimensional perfectionism scale revisited: More perfect with four (instead of six) dimensions. *Personality and Individual Differences*, 24(4), 481-491. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00207-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00207-9)

- Stoeber, J., & Gaudreau, P. (2017). The advantages of partialling perfectionistic strivings and perfectionistic concerns: Critical issues and recommendations. *Personality and Individual Differences*.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.08.039>
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*.
https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1004_2
- Takebayashi, Y., Sasagawa, S., Sugiura, Y., & Sakano, Y. (2012). Development and validation of the Japanese version of the short intolerance of uncertainty scale. *Japanese Journal of Cognitive Therapy*, 5, 179-187.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation*. Cambridge: University Press.
- Taylor, S. (1999). *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Taylor, S., Koch, W. J., & McNally, R. J. (1992). How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders? *Journal of Anxiety Disorders*, 6(3), 249-259.
[https://doi.org/10.1016/0887-6185\(92\)90037-8](https://doi.org/10.1016/0887-6185(92)90037-8)
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., ... Cardenas, S. J. (2007). Robust Dimensions of Anxiety Sensitivity: Development and Initial Validation of the Anxiety Sensitivity Index-3.

Psychological Assessment, 19(2), 176-188. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.2.176>

Terracciano, A., McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2003). Factorial and construct validity of the Italian Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *European Journal of Psychological Assessment*, 19(2), 131-141. <https://doi.org/10.1027//1015-5759.19.2.131>

Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological Methods*, 16(2), 209-220. <https://doi.org/10.1037/a0023353>

Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2008). Further examination of the relationship between anxiety sensitivity and depression: The mediating role of experiential avoidance and difficulties engaging in goal-directed behavior when distressed. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(2), 199-210. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.03.005>

Tyrer, P. J. (1989). *Classification of neurosis*. Chichester: Wiley.

Valladares, a, Dilla, T., & Sacristán, J. (2009). La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. (Spanish). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(1), 49-53. <https://doi.org/200811101227>
[pii]

Vázquez, C., & Sanz, J. (2009). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos

clínico estado del ánimo. En A. Belloch, B. Sandin, & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (2ª, pp. 234-269). Madrid: Mc Graw Hill.

Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)

Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., ... Murray, C. J. L. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 386(9995), 743-800. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60692-4)

Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502>

Watson, D. (2009). Differentiating the Mood and Anxiety Disorders: A Quadripartite Model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 221-247. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153510>

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>

- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a Consensual Structure of Mood. *Psychological Bulletin*. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.219>
- West, S. G., Taylor, A. B., & Wu, W. (2012). Model fit and model selection in structural equation modeling. En R. H. Hoyle (Ed.), *Handbook of Structural Equation Modeling* (pp. 209–231). New York: Guilford.
- Wheaton, M. G., Deacon, B. J., McGrath, P. B., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2012). Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3. *Journal of Anxiety Disorders*, *26*(3), 401-408. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.002>
- Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Degenhardt, L., Feigin, V., & Vos, T. (2015). The global burden of mental, neurological and substance use disorders: An analysis from the global burden of disease study 2010. *PLoS ONE*, *10*(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116820>
- Widaman, K. F., Ferrer, E., & Conger, R. D. (2010). Factorial invariance within longitudinal structural equation models: Measuring the same construct across time. *Child Development Perspectives*, *4*(1), 10-18. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2009.00110.x>
- Widiger, T. A., & Clark, L. A. (2000). Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychological Bulletin*, *126*(6), 946-963. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.6.946>

Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. New York: Penguin.

World Health Organization. (2013). *Health 2020: A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century*. World Health Organization.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Wulfert, E., Greenway, D., & Dougher, M. (1996). A Logical Functional Analysis of Reinforcement-Based Disorders: Alcoholism and Pedophilia. *J Consult Clin Psychol*, 64(6), 1140-1151. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1140>

Zinbarg, R. E., Barlow, D. H., & Brown, T. A. (1997). Hierarchical structure and general factor saturation of the anxiety sensitivity index: Evidence and implications. *Psychological Assessment*, 9(3), 277-284.
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.3.277>

Zinbarg, R. E., Brown, T. A., Barlow, D. H., & Rapee, R. M. (2001). Anxiety sensitivity, panic, and depressed mood: A reanalysis teasing apart the contributions of the two levels in the hierarchical structure of the anxiety sensitivity index. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(3), 372-377.
<https://doi.org/10.1037//0021-843X.110.3.372>

Anexos

Anexo I: Artículos

Manuscrito aceptado

Título: Invarianza factorial y temporal de una versión española del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ)

Autor: David Pineda, Rosa M. Valiente, Paloma Chorot y Bonifacio Sandín

DOI:

<http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.2.2018.21823>



Para ser publicado en: *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*

Recibido: 20-10-2017

Aceptado: 25-2-2018

Por favor cite el artículo del siguiente modo:

Pineda, D., Valiente, R. M., Chorot, P., y Sandín, B. Invarianza factorial y temporal de una versión española del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. doi:

<http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.2.2018.21823>

Esto es una copia del manuscrito aún no editado que ha sido aceptado para su publicación. No corresponde a la versión final que será publicada en la revista, ya que está sujeto a los cambios debidos al proceso de edición del mismo. Por ello debe tener en cuenta que en esta versión pueden existir errores que posteriormente serán subsanados durante el proceso de publicación del artículo.

**Invarianza factorial y temporal de una versión española del Cuestionario de
Regulación Emocional ERQ**

David Pineda, Rosa M. Valiente, Paloma Chorot y Bonifacio Sandín
Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España

Factorial and temporal invariance of one Spanish version of the Emotional
Regulation Questionnaire (ERQ)

Correspondencia: Paloma Chorot, Universidad Nacional de Educación a Distancia,
Facultad de Psicología, Juan del Rosal 10, 28040 Madrid.

Abstract

The Emotion Regulation Questionnaire (ERQ; Gross y John, 2003) is widely used to assess individual differences in reappraisal and suppression strategies of emotion regulation. The present study tests the factorial and temporal invariance of a Spanish adaptation of the ERQ on two samples of 1.980 participants aged 18–67 years. For it, psychometric properties, estimations of reliability, and evidences of factorial and temporal validity of the ERQ were calculated. Results of the confirmatory factor analysis showed the expected two-factor structure. Results also indicated adequate internal

consistency, test-retest reliability, and convergent and discriminant validity. As expected, reappraisal use was positively associated with positive emotion and negatively with negative emotion, whereas suppression use was negatively associated with positive emotion and positively with negative emotion. These findings suggest that the Spanish version of the ERQ is a valid instrument for evaluating strategies of emotion regulation in the Spanish-speaking population and can be used for laboratory and applied studies.

Resumen

El Cuestionario de Regulación de la Emoción (ERQ; Gross y John, 2003) es ampliamente utilizado para evaluar las diferencias individuales en las estrategias de reevaluación y supresión de la regulación de las emociones. El presente estudio prueba la invarianza factorial y temporal de una adaptación española del ERQ en dos muestras de 1.980 participantes de entre 18 y 67 años. Para ello, se calcularon las propiedades psicométricas, las estimaciones de fiabilidad y las evidencias de validez factorial y temporal del ERQ. Los resultados del análisis factorial confirmatorio mostraron la estructura esperada de dos factores. Los resultados también indicaron una consistencia interna adecuada, fiabilidad test-retest y validez convergente y discriminante. Como era de esperar, el uso de la reevaluación se asoció positivamente con la emoción positiva y negativamente con la emoción negativa, mientras que el uso de la supresión se asoció negativamente con la emoción positiva y positivamente con la emoción negativa. Estos hallazgos sugieren que la versión en español del ERQ es un instrumento válido para evaluar las estrategias de regulación de las emociones en la población de habla hispana y puede usarse para estudios de laboratorio y aplicados.

Existe evidencia en la literatura que sugiere que las personas mantienen un cierto margen de control sobre las emociones, usando una amplia gama de estrategias para influir sobre cómo y cuándo se sienten estas emociones; de modo que el individuo es capaz de supervisar, valorar y modificar los procesos involucrados en la génesis de la emoción y puede de este modo, modular sus manifestaciones. Se han constatado diferencias individuales en la capacidad para regular estas emociones, siendo algunas estrategias más exitosas que otras (Mayer, Caruso, y Salovey, 1999; Salovey y Mayer, 1990).

La regulación emocional fue conceptualizada por Gross (2002) como la capacidad que tiene el individuo para implementar estrategias que modifiquen sus experiencias emocionales, la expresión de sus propias emociones o su respuesta fisiológica para dar respuesta a las demandas ambientales. Dentro del abanico de estrategias de regulación emocional, la reevaluación cognitiva integra aquellas estrategias con las que el individuo es capaz de modificar la forma en que percibe, siente o es capaz de modificar, las emociones que experimenta ante una situación dada; este tipo de estrategias se centran en los antecedentes. Por otro lado, la supresión emocional se refiere a la capacidad de sujeto para inhibir o modular la respuesta cognitiva, conductual o fisiológica; en este caso se trataría de estrategias centradas en la respuesta (Gross y John, 2003).

La manera en que las personas regulan las emociones afecta a sus relaciones, su bienestar y percepción y experiencia del estrés (Gross, 2002; Lopes, Salovey, Côté, y Beers, 2005), siendo la regulación emocional, por tanto, como un concepto clave en el estudio de la psicopatología. Desde este marco, se han conceptualizado las estrategias de regulación emocional como adaptativas o desadaptativas en función de la relación que mantienen con los síntomas psicopatológicos (Aldao, 2012). Esta autora ha considerado

como desadaptativas aquellas estrategias positivamente asociadas con los síntomas (p.ej., supresión, rumiación, preocupación, evitación) y adaptativas aquellas que correlacionan negativamente con los síntomas (p.ej., reevaluación, aceptación, resolución de problemas). A su vez, las distintas estrategias se han relacionado de manera diferencial con algunos trastornos. Así por ejemplo, la rumiación se ha relacionado con trastornos como los episodios depresivos, la ansiedad generalizada, el trastorno de estrés postraumático o la ansiedad social (McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2011).

La relación que mantienen las estrategias de regulación emocional con distintos trastornos ha llevado a conceptualizarlas como procesos transdiagnósticos (Aldao, 2012; Aldao y Nolen-Hoeksema, 2010; Aldao, Nolen-hoeksema, y Schweizer, 2010; Sandin, Chorot, y Valiente, 2012). Diversos autores han puesto de manifiesto la estrecha relación que mantiene la regulación emocional con los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Amstadter, 2008; Cisler, Olatunji, Feldner, y Forsyth, 2010; Martin, Dahlen, Martin, y Dahlen, 2005). Desde esta perspectiva transdiagnóstica, la regulación emocional resulta un concepto clave en la explicación de la alta comorbilidad presente entre los trastornos emocionales (Cummings, Caporino, y Kendall, 2014; Piqueras, Martín-Vivar, Sandín, San Luis, y Pineda, 2017). Por ello, la evaluación de la regulación emocional constituye un tema de especial interés en el momento actual.

Gross y John (2003) desarrollaron el Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) como una prueba de autoinforme para la evaluación de la regulación emocional. El cuestionario ha sido traducido a 26 idiomas, incluidos el chino, el alemán, el portugués, el italiano, el ruso y el español, entre otros (Stanford Psychophysiology Laboratory, 2010). Muchas de estas traducciones cuentan con trabajos de validación. Una primera traducción de la versión española fue llevada a cabo por Rodríguez-Carvajal, Moreno-Jiménez y Garrosa (2006). Posteriormente, Cabello, Salguero, Fernández-Berrocal y

Gross (2013) publicaron datos de validación del cuestionario basados en una traducción diferente del mismo. En este trabajo los autores obtuvieron una estructura factorial de dos factores independientes, confirmado la estructura de la escala original (Gross y John, 2003). La fiabilidad de las subescalas fue también adecuada, con un alfa de Cronbach de .75 para supresión emocional y .79 para la reevaluación cognitiva. La validez convergente se valoró con otras medidas de regulación emocional, mientras que la validez divergente se hizo explorando las relaciones con los rasgos de personalidad según el modelo de los cinco grandes (Cabello et al., 2013). La importancia de probar la hipótesis de la invariancia se ha argumentado ampliamente (Cheung y Rensvold, 2002; Meade y Lautenschlager, 2004; Pineda, Martín-Vivar, Sandín, y Piqueras, 2018). Otra suposición psicométrica importante y necesaria para interpretar los cambios en las puntuaciones en distintas aplicaciones de un test como cambios en la puntuación del constructo que miden, es que sea evaluada de la misma manera en múltiples ocasiones, un requisito conocido como invarianza temporal o invarianza de medida longitudinal (Meredith, 1993; Widaman, Ferrer, y Conger, 2010). La invarianza factorial de la versión original ha sido probada con muestras de diferentes grupos étnicos, mostrando ser invariante para los grupos y en función del sexo (Melka, Lancaster, Bryant, y Rodriguez, 2011). Sin embargo, la invarianza factorial de la versión española del ERQ aún no ha sido comprobada. Por otro lado, también es necesario el estudio de la invariancia temporal para determinar si los ítems del ERQ evalúan el mismo atributo a lo largo del tiempo.

Se trata por tanto de una escala de indudable interés para la psicología en nuestro país, aunque las propiedades psicométricas de la versión española ha sido un tema muy poco estudiado hasta el momento, por lo que son necesarios nuevos trabajos que clarifiquen este aspecto.

El objetivo general de este trabajo ha sido proporcionar evidencia más consistente sobre la validez de la versión española del ERQ. Los objetivos específicos fueron: 1) examinar la estructura factorial de la escala, 2) aportar nuevos datos de su validez referidos a medidas de síntomas psicopatológicos, y 3) proporcionar datos normativos aplicables a la población española. Puesto que se trata de una prueba que cuenta con trabajos que ponen de manifiesto sus propiedades psicométricas tanto para la prueba original como para una de las versiones traducidas, como hipótesis de partida nos planteamos que la versión española del ERQ: 1) presentará una estructura de dos factores no relacionados; 2) la proporción de varianza media explicada por los factores de la ERQ será mayor de .50 (validez convergente y discriminante); 3) la subescala de supresión emocional tendrá una asociación positiva con diversos síntomas de trastornos psiquiátricos, mientras que la subescala de reevaluación cognitiva mostrará una asociación negativa con los síntomas de trastornos; 4) deberíamos obtener índices de fiabilidad adecuados, similares a los obtenidos en anteriores validaciones; y 5) finalmente la ERQ presentará valores de ajuste adecuados de invarianza factorial temporal y en función del sexo.

Método

Participantes

Para el presente trabajo se utilizaron dos muestras independientes de estudiantes universitarios de la Universidad Nacional de Educación a Distancia, que participaron de forma voluntaria en el trabajo de investigación. La primera muestra cumplimentó el protocolo de evaluación en 2012 y estuvo compuesta por 997 participantes de los cuales 780 fueron mujeres (78.23 %). La edad de los participantes estuvo comprendida entre los

19 y los 67 años ($M = 32.41$; $DT = 9.56$). La segunda muestra estuvo formada por 983 sujetos de los cuales 768 fueron mujeres (78.12 %). La edad de los participantes estuvo comprendida entre los 18 y los 61 años ($M = 33.14$; $DT = 9.99$). Los estadísticos descriptivos de las diferentes submuestras se indican en la Tabla 1. La distribución de participantes por regiones de España se muestra en la Tabla 2.

Insertar Tabla 1 y 2

Instrumentos

Cuestionario de Regulación Emocional (Emotional Regulation Questionnaire, ERQ; Gross y John, 2003). Este cuestionario consta de 10 ítems con los que el sujeto debe expresar su grado de acuerdo en referencia a como suele regular sus emociones. El participante contesta según una escala Likert de siete puntos, que varía entre 1 (completamente en desacuerdo) y 7 (completamente de acuerdo). La versión original del cuestionario presenta una estructura factorial de dos factores no relacionados. El primer factor recoge las puntuaciones de seis ítems, que evalúan la reevaluación cognitiva. El segundo de los factores hace referencia a la supresión emocional en incluye los cuatros ítems restantes que componen el cuestionario. Aplicamos la versión traducida al español por Sandín, Chorot, Valiente y Pineda (2012), la cual se llevó a cabo aplicando retrotraducción por un psicólogo con lengua nativa inglesa. Los autores de la escala original obtuvieron unos índices de fiabilidad alfa de Cronbach de .79 para la escala de reevaluación cognitiva y .73 para la de supresión.

Cuestionario de Evaluación de Síntomas-45 (SA-45; Davison et al., 1997; Sandín, Valiente, Chorot, Santed, y Lostao, 2008) El cuestionario consta de 45 ítems sobre síntomas psicopatológicos en los que el sujeto debe indicar hasta qué punto ha experimentado cada uno de los síntomas durante la última semana, según una escala Likert de cinco puntos que varía entre 0 (nada en absoluto) y 4 (mucho o extremadamente). El cuestionario tiene las nueve subescalas siguientes: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica (agorafobia), ideación paranoide, y psicoticismo. Se utilizó la versión española validada por Sandin, Valiente, Chorot, Santed, y Lostao (2008) . los índices de fiabilidad con la muestra 2 han resultado similares a los informados por los autores ($\alpha_{\text{(somatización)}} = .81$; $\alpha_{\text{(obsesión-compulsión)}} = .78$; $\alpha_{\text{(sensibilidad interpersonal)}} = .85$; $\alpha_{\text{(depresión)}} = .89$; $\alpha_{\text{(ansiedad)}} = .83$; $\alpha_{\text{(hostilidad)}} = .76$; $\alpha_{\text{(ansiedad fóbica)}} = .84$; $\alpha_{\text{(ideación paranoide)}} = .78$; $\alpha_{\text{(psicoticismo)}} = .62$).

Escala de Tolerancia al Estrés (DTS; Simons y Gaher, 2005; Sandín, Simons, Valiente, Simons, y Chorot, 2017). La DTS es una prueba de autoinforme de 15 ítems diseñada para evaluar el grado en que las personas experimentan y soportan estados psicológicos de estrés. Los participantes puntúan cada ítem en una escala Likert de cinco puntos que van desde “muy de acuerdo” (1) a “muy en desacuerdo” (5), donde las puntuaciones más bajas indican mayor capacidad para tolerar el malestar. Además de una puntuación total, la DTS incluye cuatro subescalas (tolerancia, evaluación, absorción y regulación). La versión española del cuestionario (Sandín et al., 2017) ha demostrado poseer adecuadas propiedades psicométricas ($\alpha_{\text{(tolerancia)}} = .83$; $\alpha_{\text{(absorción)}} = .89$; $\alpha_{\text{(evaluación)}} = .84$; $\alpha_{\text{(regulación)}} = .83$). Los resultados del alfa de Cronbach obtenidos con la muestra 2 han sido también adecuados ($\alpha_{\text{(tolerancia)}} = .83$; $\alpha_{\text{(absorción)}} = .86$; $\alpha_{\text{(evaluación)}} = .84$; $\alpha_{\text{(regulación)}} = .79$).

Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20; Bagby, Parker, y Taylor, 1994; Sandín, Chorot, Santed, y Jiménez 1996). Consiste en una escala de autoinforme de 20

ítems a los que el participante según una escala Likert de 5 puntos de 1 (Nada de acuerdo) a 5 (Totalmente de acuerdo). Se compone de tres subescalas: (1) dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan la activación emocional; y (2) dificultad para describir los sentimientos a los demás; y un estilo de pensamiento orientado hacia lo externo. La adaptación española (Sandín et al., 1996) obtuvo una adecuada fiabilidad ($\alpha = .81$) y validez. La fiabilidad del TAS-20 con la muestra 2 ha resultado satisfactoria ($\alpha = .79$)

Escalas de PANAS de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS; Watson, Clark, y Tellegen, 1988; Sandín et al., 1999). Consta de 20 ítems, 10 referidos al afecto positivo y 10 al afecto negativo. Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 1 (Nada o casi nada) a 5 (Muchísimo). La escala de afecto positivo (AP) evalúa la capacidad de involucrarse en actividades placenteras. La escala de afecto negativo (AN) evalúa la presencia de estrés percibido. Se aplicó la versión española validada por Sandin et al. (1999). La prueba ha mostrado una adecuada fiabilidad con la muestra 2 ($\alpha_{(AP)} = .91$; $\alpha_{(AN)} = .89$).

Procedimiento

El reclutamiento de los participantes se llevó a cabo por muestreo incidental. Los sujetos recibieron créditos por su participación en la investigación, completando los cuestionarios a través de la plataforma online del grupo de investigación. Un total de 725 sujetos de la muestra 1 completaron el protocolo en un tiempo 2. Entre la primera y la segunda aplicación de protocolo pasaron 6 meses. Una segunda muestra de 983 sujetos cumplimentó los cuestionarios en una sola ocasión. El estudio fue aprobado por el comité de bioética de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Análisis estadísticos

Se realizaron comprobaciones sobre la adecuación de los datos para el análisis factorial. Para poner a prueba la validez del constructo, se realizó una serie de análisis factoriales confirmatorios (CFA). Estos análisis se basaron en la matriz de correlaciones de Pearson; se optó por aplicar el método de estimación de máxima verosimilitud robusto (MLR). Estudios de simulación han puesto de manifiesto que este método puede ser el más adecuado para escalas de cinco o más valores ordinales (Rhemtulla, Brosseau-Liard, y Savalei, 2012).

Para establecer la validez convergente se calculó la varianza media extraída por los factores (AVE), valores mayores o iguales a .50 se consideran indicativos de validez (Fornell y Larcker, 1981). La validez discriminante se evaluó teniendo en cuenta que el AVE de cada factor debe ser mayor que la correlación de sí mismo con cualquier otro factor (Fornell y Larcker, 1981). Más evidencias de validez convergente y discriminante se obtuvieron tras el estudio de los patrones de correlaciones entre los factores de la escala y otros constructos próximos o lejanos de la misma.

Por último, para estimar la fiabilidad de la escala se examinó la consistencia interna y la estabilidad temporal de la prueba a los 6 meses. La fiabilidad de cada elemento se evaluó mediante el análisis de las correlaciones entre cada ítem y su respectivo factor (Hair, Sarstedt, Hopkins, y Kuppelwieser, 2014). Para determinar la consistencia interna, se realizaron análisis de la fiabilidad de ambas subescalas, basado en la matriz de correlaciones de Pearson; se calculó mediante el coeficiente alfa de Cronbach y el coeficiente omega de McDonald (este último se considera un estimador mayor de la fiabilidad que el alfa de Cronbach; Dunn, Baguley, y Brunnsden, 2014). Para determinar la estabilidad temporal se analizó la invarianza temporal de la escala siguiendo el método de la invarianza progresiva (Dimitrov, 2010, 2012). Como índices de ajuste de la

invarianza temporal se tuvo en cuenta la diferencia en el índice de ajuste comparativo (CFI), más robusto con muestras amplias que la diferencia en la Chi cuadrado (Cheung y Rensvold, 2002; Meade, Johnson, y Braddy, 2006, 2008).

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el programa R (R Core Team, 2016) y las librerías MVN (Korkmaz, Goksuluk, y Zararsiz, 2014) y Lavaan (Rosseel, 2012).

Resultados

Los resultados del análisis de normalidad reflejaron la presencia de cierta asimetría (rango = -1.20, 1.30) y curtosis (rango = -1.40, 1.20), estadísticamente significativa ($SW > .79$; $p < .001$), si bien estas puntuaciones no se desvían en exceso de la curva normal. Los resultados del análisis de la adecuación muestral de los datos para el análisis factorial indican que el test de Bartlett para el contraste de la esfericidad nos permite rechazar la hipótesis de que la matriz de correlación poblacional es identidad (Bartlett $_{(gl = 9)} = 705.22$; $p > .001$). El valor del test Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .80$) sugiere que la matriz de correlaciones es apropiada para continuar con el análisis factorial.

Análisis factorial confirmatorio del ERQ

En un primer paso se analizaron los modelos de dos factores correlacionados y no correlacionados propuestos por Gross y Thomson (2007) en su trabajo de validación inicial. Como puede verse en la Tabla 3, apenas se aprecian diferencias en cuanto a los índices de ajuste de ambos modelos. Para tratar de mejorar el ajuste del modelo y, tras comprobar los índices de modificación, se realizaron una serie de análisis confirmatorios

de modelos alternativos. En un primer paso se correlacionaron los errores de los ítems 4 y 5. Esta correlación está justificada puesto que ambos ítems saturan en la misma escala, además ambos expresan la capacidad del sujeto para cambiar el pensamiento con la intención de modificar sus emociones. Los valores de ajuste del modelo, aun habiendo mejorado considerablemente, siguen sin ser óptimos $RMSEA >.5$, $\chi^2/gl > 4$). En un segundo paso se correlacionaron los errores de los ítems 3 y 4. Esta correlación también estaría justificada dado que ambos ítems están expresados en positivo y ambos saturan en la escala de RC. Finalmente, el modelo de dos factores no correlacionados con dos errores correlacionados es el que presenta los mejores índices de ajuste (véase la Tabla 3).

Insertar Tabla 3

Validez convergente y discriminante

Para comprobar la evidencia de validez convergente se calculó el AVE de los factores. El AVE para el factor Reevaluación cognitiva ($AVE_{(RC)} = .47$) no alcanzó el valor de .50; sin embargo, la diferencia encontrada entre el valor y el criterio ha resultado ser mínima. El valor del AVE para el factor Supresión emocional ha sido satisfactorio ($AVE_{(SE)} = .72$). Los valores del AVE de los factores comparados con las correlaciones entre los factores han resultado adecuados (véase la Tabla 4), siendo la correlación entre los factores prácticamente nula ($r = -.04$).

Insertar Tabla 4

Con el objetivo de obtener información adicional sobre la validez convergente y discriminante, se calcularon las correlaciones de Pearson entre las dos subescalas del ERQ y las puntuaciones en el resto de variables incluidas en el estudio (véase la Tabla 5). La escala de reevaluación cognitiva del ERQ se ha relacionado positiva y significativamente con la escala de evaluación del DTS ($r = .24$). También se ha encontrado que la reevaluación está relacionada negativa y significativamente con los síntomas psicopatológicos en general ($r = -.23$) y en particular con aquellos en los que la evaluación de la situación o el control de impulsos juega un papel importante en su desarrollo como son la hostilidad ($r = -.24$), la sensibilidad interpersonal ($r = -.23$), la ansiedad ($r = -.20$) o la agorafobia ($r = -.20$). En esta misma línea, los resultados han mostrado una relación positiva y estadísticamente significativa entre la reevaluación y el afecto positivo ($r = .28$), y en sentido opuesto y con la misma magnitud con el afecto negativo ($r = -.28$) y la alexitimia ($r = -.23$). (véase la Tabla 5). La escala de supresión emocional mostró estar fuertemente relacionada con la alexitima ($r = .44$) y en menor medida con el afecto positivo ($r = -.23$). En lo relativo a las relaciones con la psicopatología, la supresión emocional ha mostrado una mayor asociación con la sintomatología interiorizada como la depresión ($r = .22$) o la sensibilidad interpersonal ($r = .24$) (véase la Tabla 5).

Insertar Tabla 5

Fiabilidad

Los resultados del análisis de fiabilidad de los ítems han mostrado una elevada correlación con su factor ($r > .70$) a excepción del ítem 6 que ha presentado valores

ligeramente inferiores ($r = .57$) y prácticamente nulas o muy bajas con el otro factor de la escala ($r < -.12$) (véase la Tabla 4).

Los resultados del análisis de la fiabilidad del cuestionario, tal como se derivan del análisis de las medidas de consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de ambas subescalas muestran unos resultados excelentes ($\alpha > .84$). Los resultados del cálculo de los coeficientes omega de McDonald también resultaron adecuados ($\omega > .77$). La escala de supresión muestra una mayor consistencia a pesar de contar con dos ítems menos (véase la Tabla 4). Atendiendo a las cargas factoriales de los ítems con sus respectivos constructos vemos como el ítem 6 es que ha presentado la menor carga con .42 quedado el resto de valores entre el .46 y el .95 (véase Figura 1).

Insertar Figura 1

Invarianza

Para establecer la invarianza temporal del ERQ, en un primer paso, a partir de los resultados de ambas aplicaciones (tiempo 1 y tiempo 2), se calculó el modelo base sin restricciones ($\chi^2_{(66, n=725)} = 151.30, p < .001, RMSEA = .042, SRMR = .049, CFI = .990, GFI = .997, NFI = .982, TLI = .986$). El siguiente paso fue evaluar los cambios en el modelo a partir de la introducción de las restricciones entre las cargas factoriales, los interceptos, los residuos y las medias de los ítems y los factores de ambas aplicaciones ($\chi^2_{(94, n=725)} = 230.32, p < .001, RMSEA = .045, SRMR = .055, CFI = .983, GFI = .995, NFI = .972, TLI = .984$). Siguiendo los criterios propuestos por (Cheung y Rensvold, 2002), vamos a considerar diferencias entre los valores en el RMSEA y el CFI menores de -.01, como

evidencia de invarianza. Los resultados de esta comparación indican que el ERQ presenta invarianza temporal estricta pasados 6 meses ($\Delta\text{RMSEA} = .003$, $\Delta\text{CFI} = .007$).

Siguiendo un proceso similar al establecido con los pasos para calcular la invarianza temporal, se calculó la invarianza entre sexos. Los resultados del modelo base mostraron un adecuado ajuste ($\chi^2_{(66, n=983)} = 124.61$, $p < .001$, $\text{RMSEA} = .043$, $\text{SRMR} = .048$, $\text{CFI} = .996$, $\text{GFI} = .999$, $\text{NFI} = .971$, $\text{TLI} = .981$). Las posteriores comparaciones entre los modelos con restricciones mostraron que el ERQ presenta también invarianza estricta entre sexos ($\Delta\text{RMSEA} = .008$, $\Delta\text{CFI} = .008$).

Baremos del ERQ

Finalmente, se calcularon los baremos poblacionales para ambos sexos y grupos de edad (véase la Tabla 6).

Discusión

El objetivo de la presente investigación ha sido examinar las propiedades psicométricas de la versión española del ERQ. Los resultados de los análisis factoriales sugieren una estructura de dos factores no correlacionados, apoyando así la primera de nuestras hipótesis. Estos resultados son similares a los hallados por los estudios previos sobre validación del cuestionario (Cabello et al., 2013; Gross y John, 2003)

En cuanto al análisis de la validez convergente y discriminante, encontramos que la proporción de varianza media explicada por los factores de ERQ ha sido muy próxima a .50 para la Reevaluación cognitiva (.47) y sobradamente superior en el caso de la

Supresión emocional. Siguiendo los criterios establecidos por la literatura previa, hemos de concluir que la escala ha mostrado evidencias de validez convergente (Fornell y Larcker, 1981; Hair, Black, Babin, y Anderson, 2009). Del mismo modo, nuestros resultados también apoyan la hipótesis de validez discriminante. Hasta donde sabemos, es la primera vez que se establece la validez convergente y discriminante de la escala siguiendo criterios estadísticos (Fornell y Larcker, 1981), lo que supone un importante avance en el conocimiento de las propiedades psicométricas de la escala. Hemos constatado datos adicionales sobre validez a través de las correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre la supresión emocional y los síntomas psicopatológicos. Esta relación parece especialmente relevante en el caso de la sintomatología relacionada con los trastornos de ansiedad (fobia social, ansiedad fóbica, y ansiedad generalizada), los síntomas depresivos y los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo. Así mismo, hemos constatado relaciones negativas y significativas entre la reevaluación cognitiva y estos mismos síntomas. En esta línea, diversos estudios han encontrado similar relación con la sintomatología ansioso-depresiva (Aldao et al., 2010; Schafer, Naumann, Holmes, Tuschen-Caffier, y Samson, 2016). Estos hallazgos tienen importantes implicaciones para el conocimiento de la etiología de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, poniendo de manifiesto el carácter transdiagnóstico de la regulación emocional (Aldao, 2012; Sandín et al., 2012).

Respecto a la fiabilidad de la ERQ, nuestros resultados han mostrado una adecuada fiabilidad de la escala, con valores de alfa de Cronbach superiores a .84, lo que supone una mejora incremental de la fiabilidad comparado con los resultados de Cabello et al. (2013) y Gross y John (2003). Estas diferencias podrían deberse a los ligeros cambios que se aprecian entre nuestra traducción, donde los ítems tal vez podrían resultar

más simples y fáciles de interpretar. Futuras investigaciones deberían establecer si estas mejoras se mantienen en otras muestras distintas.

Los resultados del análisis de la estabilidad temporal a 6 meses mediante la técnica de la invarianza factorial han resultado adecuados, lo que nos permite afirmar que se ha cumplido la quinta de nuestras hipótesis, estableciendo así la invarianza temporal de la prueba. Es decir, que los resultados de la escala miden el mismo constructo a lo largo del tiempo, por lo que diversas aplicaciones del test pueden ser comparables en términos de diferencias en las dimensiones de la ERQ. Aparte de la importancia que supone probar la hipótesis de la invarianza temporal (Cheung y Rensvold, 2002; Pineda et al., 2018; Widaman et al., 2010), que nosotros sepamos es la primera vez que se establece para cualquiera de las versiones disponibles de esta prueba, lo que de nuevo supone un importante hallazgo.

En lo relativo a la sexta de nuestras hipótesis, los resultados sugieren que la prueba es invariante respecto del sexo de los participantes, mostrando evidencias de invarianza estricta. Estos resultados van en línea de lo reportado por Melka y colaboradores (2011). Otras validaciones de la ERQ también han mostrado evidencias de invarianza, lo que confirmaría que la escala estaría midiendo el mismo constructo en diferentes muestras (Liu, Chen, y Tu, 2015). De hecho, el estudio realizado por Sala et al. (2012), en el que se comparan dos versiones diferentes (la alemana y la italiana) vendría a confirmar también la invarianza de la ERQ.

El trabajo presenta algunas limitaciones que debían tenerse en consideración. Las diferencias en el número de mujeres y hombres de la muestra hacen que los resultados deban ser interpretados con cautela. Así mismo, se trata de una muestra de universitarios, y aunque la muestra es heterogénea en los principales factores sociodemográficos (edad,

nivel económico, trabajo, familia, distribución geográfica, etc.), puede que los resultados no sean del todo extrapolables a la población española con niveles culturales bajos.

Con todo, el presente trabajo supone un importante avance en el conocimiento de la regulación emocional, aportando nueva evidencia sobre las propiedades psicométricas de una versión española del ERQ. Futuras investigaciones deberían explorar en profundidad la regulación emocional como un constructo transdiagnóstico, y establecer la naturaleza de las relaciones de este constructo con los distintos trastornos de ansiedad y del estado del ánimo, así como también de otras variables transdiagnósticas relevantes, tales como la sensibilidad a la ansiedad, la tolerancia a la incertidumbre o el afecto positivo y negativo.

Referencias

- Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: a factor-analytic study. *Psychological monographs*, 80(7), 1-37.
<https://doi.org/10.1037/h0093906>
- Aldao, A. (2012). Emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: A closer look at the invariance of their form and function. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 261-277.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11843>
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 974-983. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.002>
- Aldao, A., Nolen-hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology : A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Allan, N. P., Capron, D. W., Raines, A. M., & Schmidt, N. B. (2014). Unique relations among anxiety sensitivity factors and anxiety, depression, and suicidal ideation. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 266-275.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.12.004>
- Allan, N. P., Cooper, D., Oglesby, M. E., Short, N. A., Saulnier, K. G., & Schmidt, N. B. (2018). Lower-order anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty dimensions operate as specific vulnerabilities for social anxiety and depression within a hierarchical model. *Journal of Anxiety Disorders*, 53(May 2017), 91-99.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.08.002>
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ...

- Vollebergh, W. A. M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*(s420), 21-27. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V. American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Amstadter, A. B. (2008). Emotion Regulation and Anxiety Disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*(2), 211-221. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.02.004>.Emotion
- Asmundson, G. J. G., Taylor, S., Bovell, C. V., & Collimore, K. (2006). Strategies for managing symptoms of anxiety. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *6*(2), 213-222. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1586/14737175.6.2.213>
- Asseraf, M., & Vaillancourt, T. (2015). Longitudinal Links Between Perfectionism and Depression in Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *43*(5), 895-908. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9947-9>
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, *38*(1), 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Balatsky, G., & Diener, E. (1993). Subjective well-being among Russian students. *Social Indicators Research*, *28*(3), 225-243. <https://doi.org/10.1007/BF01079019>
- Balzarotti, S., John, O. P., & Gross, J. J. (2010). An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, *26*(1), 61-67. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000009>
- Barlow, D. H. (1988). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*.

Recuperado a partir de

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc3&NEWS=N&AN=1988-98140-000>

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic, 2nd ed.* *American Journal of Psychiatry* (2nd ed., Vol. 159). New York: The Guilford Press. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1453>

Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects.* *The Journal of The American Medical Association.* <https://doi.org/10.1001/jama.1968.03140130056023>

Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective.* New York: Basic.

Beck, A. T., Steer, R. A., & McElroy, M. G. (1982). Self-reported precedence of depression in alcoholism. *Drug and Alcohol Dependence*, 10(2-3), 185-190. [https://doi.org/10.1016/0376-8716\(82\)90011-4](https://doi.org/10.1016/0376-8716(82)90011-4)

Belloch, A. (2012). Propuestas Para Un Enfoque Transdiagnóstico De Los Trastornos Mentales Y Del Comportamiento : *Revista De Psicopatologia Y Psicologia Clinica*, 17(3), 295-311.

Boelen, P. A., & Reijntjes, A. (2009). Intolerance of uncertainty and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(1), 130-135. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.04.007>

Bottesi, G., Ghisi, M., Novara, C., Bertocchi, J., e Ilaria, M. B., Dominicis, D., & Freeston, M. H. (2015). Intolerance of uncertainty scale (IUS-27 e IUS-12): Due

- studi preliminari. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 21(3), 345-365.
- Broday, S. F. (1988). Perfectionism and Millon Basic Personality Patterns. *Psychological Reports*, 63(3), 791-794. <https://doi.org/10.2466/pr0.1988.63.3.791>
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585-599. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.4.585>
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 179-192. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.2.179>
- Brown, T. a, Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of abnormal psychology*, 107(2), 179-192. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.2.179>
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The Intolerance of Uncertainty Scale: psychometric properties of the English version. *Behav Res Ther*, 40(8), 931-945. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00092-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00092-4)
- Burns, G. L., Keortge, S. G., Formea, G. M., & Sternberger, L. G. (1996). Revision of the Padua Inventory of obsessive compulsive disorder symptoms: Distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 34(2), 163-173. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00035-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00035-6)
- Cabello, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., & Gross, J. J. (2013). A Spanish adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 29(4), 234-240. <https://doi.org/10.1027/1015->

- Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., & Asmundson, G. J. G. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders, 26*(3), 468-479. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.011>
- Carleton, R. N., Norton, M. A. P. J., & Asmundson, G. J. G. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders, 21*(1), 105-117. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.014>
- Carleton, R. N., Sharpe, D., & Asmundson, G. J. G. (2007). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Requisites of the fundamental fears? *Behaviour Research and Therapy, 45*(10), 2307-2316. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.04.006>
- Carrasco, Á., Belloch, A., & Perpiñá, C. (2010). La evaluación del perfeccionismo: utilidad de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo en población española. *Análisis y Modificación de Conducta, 36*(153), 49-65.
- Chang, E. C., Banks, K. H., & Watkins, A. F. (2004). How Adaptive and Maladaptive Perfectionism Relate to Positive and Negative Psychological Functioning: *Journal of Counseling Psychology, 51*(1). <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.93>
- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating Goodness-of-Fit Indexes for Testing Measurement Invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 9*(2), 233-255. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902_5

- Chorot, P., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Pineda, D., & Sandín, B. (2018). Escala de Síntomas de Trastornos de Ansiedad y Depresión Propiedades psicométricas. En *X CONGRESO DE AEPCP*.
- Chorpita, B. F. (2002). The tripartite model and dimensions of anxiety and depression: An examination of structure in a large school sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *30*(2), 177-190. <https://doi.org/10.1023/A:1014709417132>
- Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2010). Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: An Integrative Review. *Journal of Psychopathological Behaviour*, *32*(1), 68-82. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9161-1>.Emotion
- Clark, D. M., Field, S., & Layard, R. (2012). Mental health loses out in the National Health Service. *The Lancet*, *379*(9834), 2315-2316. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60985-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60985-4)
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*(3), 316-336. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>
- Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best Practices in Exploratory Factor Analysis : Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Practical Assessment, Research & Education*, *10*, 1-9. <https://doi.org/10.1.1.110.9154>
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Clara, I. P. (2002). The multidimensional structure of perfectionism in clinically distressed and college student samples. *Psychological Assessment*, *14*(3), 365-373. <https://doi.org/10.1037//1040-3590.14.3.365>
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Taylor, S. (2001). The effect of rumination as a mediator of elevated anxiety sensitivity in major depression. *Cognitive Therapy and Research*, *25*(5), 525-534. <https://doi.org/10.1023/A:1005580518671>
- Cox, B. J., Taylor, S., & Enns, M. W. (1999). Fear of cognitive dyscontrol in relation to

- depression symptoms: Comparisons between original and alternative measures of anxiety sensitivity. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30(4), 301-311. [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(99\)00026-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(99)00026-9)
- Cummings, C. M., Caporino, N. E., & Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin*, 140(3), 816-845. <https://doi.org/10.1037/a0034733>
- D'Argembeau, A., & Van der Linden, M. (2006). Individual differences in the phenomenology of mental time travel: The effect of vivid visual imagery and emotion regulation strategies. *Consciousness and Cognition*, 15(2), 342-350. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2005.09.001>
- Davison, M. L., Bershady, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E., & Kane, R. L. (1997). Development of a Brief, Multidimensional, Self-Report Instrument for Treatment Outcomes Assessment in Psychiatric Settings: Preliminary Findings. *Assessment*, 4(3), 259-276. <https://doi.org/10.1177/107319119700400306>
- Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2008). Is Hypochondriasis Related to Obsessive-Compulsive Disorder, Panic Disorder, or Both? An Empirical Evaluation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(2), 115-127. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.22.2.115>
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90 An outpatient psychiatric rating scale, preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-25.
- Dimitrov, D. M. (2010). Testing for Factorial Invariance in the Context of Construct Validation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 43(2), 121-149. <https://doi.org/10.1177/0748175610373459>
- Dimitrov, D. M. (2012). *Statistical Methods for Validation of Assessment Scale Data in Counseling and Related Fields*. (J. W. & Sons, Ed.), *Statistical Methods for*

Validation of Assessment Scale Data in Counseling and Related Fields.

<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25(5), 551-558. <https://doi.org/10.1023/A:1005553414688>

Dugas, M. J., Schwartz, A., & Francis, K. (2004). Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(6), 835-842. <https://doi.org/10.1007/s10608-004-0669-0>

Dunn, T. J., Baguley, T., & Brunsten, V. (2014). From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105(3), 399-412. <https://doi.org/10.1111/bjop.12046>

Ebesutani, C., McLeish, A. C., Luberto, C. M., Young, J., & Maack, D. J. (2014). A bifactor model of anxiety sensitivity: Analysis of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(3), 452-464. <https://doi.org/10.1007/s10862-013-9400-3>

Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203-212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>

Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista de Psicopatologia y Psicologia Clinica*, 17(3), 279-294. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11844>

Eisner, L. R., Johnson, S. L., & Carver, C. S. (2009). Positive affect regulation in anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(5), 645-649. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.02.001>.Positive

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel Press.

- Escocard, M., Fioravanti-Bastos, a C. M., & Landeira-Fernandez, J. (2009). Anxiety Sensitivity Factor Structure Among Brazilian Patients with Anxiety Disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 246-255. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9103-3>
- Eysenck, H. J. (1959). *Maudsley Personality Inventory*. London: University of London.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1976). *Psychoticism as a dimension of personality*. London: Hodder and Stoughton.
- Ferrando, P., & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 18-33. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3150810&info=resumen&idioma=ENG>
- Ferrer, L., Martín-vivar, M., Pineda, D., Sandín, B., & Piqueras, J. A. (2018). Relación de la ansiedad y la depresión en adolescentes con dos mecanismos transdiagnósticos: el perfeccionismo y la rumiación, 26, 55-74.
- Flett, G. L., Blankstein, K. R., & Hewitt, P. L. (2009). Perfectionism, performance, and state positive affect and negative affect after a classroom test. *Canadian Journal of School Psychology*, 24(1), 4-18. <https://doi.org/10.1177/0829573509332457>
- Flett, G. L., Greene, A., & Hewitt, P. L. (2004). Dimensions of Perfectionism and Anxiety Sensitivity. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 22(1), 39-57. <https://doi.org/10.1023/B:JORE.0000011576.18538.8e>
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2005). The perils of perfectionism in sports and exercise. *Current Directions in Psychological Science*, 14(1), 14-18. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00326.x>
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Besser, A., Su, C., Vaillancourt, T., Boucher, D., ... Gale, O.

- (2016). The Child–Adolescent Perfectionism Scale: Development, Psychometric Properties, and Associations With Stress, Distress, and Psychiatric Symptoms. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 34(7), 634-652. <https://doi.org/10.1177/0734282916651381>
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Cheng, W. M. W. (2008). Perfectionism, distress, and irrational beliefs in high school students: Analyses with an abbreviated survey of personal beliefs for adolescents. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 26(3), 194-205. <https://doi.org/10.1007/s10942-007-0066-1>
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Dyck, D. G. (1989). Self-oriented perfectionism, neuroticism and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 10(7), 731-735. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(89\)90119-0](https://doi.org/10.1016/0191-8869(89)90119-0)
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39. <https://doi.org/10.2307/3151312>
- Franco, K., Díaz, F., Torres, P., Telléz, Y., & Hidalgo-Rasmussen, C. (2014). Internal consistency, test-retest reliability and construct validity of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5(2), 91-97. [https://doi.org/10.1016/S2007-1523\(14\)72004-X](https://doi.org/10.1016/S2007-1523(14)72004-X)
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
- Gelabert, E., García-Esteve, L., Martín-Santos, R., Gutiérrez, F., Torres, A., & Subirà, S.

- (2011). Psychometric properties of the Spanish version of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale in women. *Psicothema*, 23(1), 133-139. <https://doi.org/10.1177/1073191117740204>
- Gentes, E. L., & Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.001>
- Goldberg, D. P., Kruger, R. F., Andrews, G., & Hobbs, M. J. (2009). Emotional disorders: Cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*, 39(12), 2013-2023. <https://doi.org/10.1017/S0033291709990298>
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation : Affective , cognitive , and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). <https://doi.org/10.1080/00140130600971135>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis*. New Jersey: Pearson.
- Hair, J. F., Sarstedt, M., Hopkins, L., & Kuppelwieser, V. G. (2014). Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM). *European Business Review*, 26(2), 106-121. <https://doi.org/10.1108/EBR-10-2013-0128>
- Hamid, P. N., & Cheng, S. T. (1996). The development and validation of an index of

emotional disposition and mood state: The Chinese Affect Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 56(6), 995-1014.
<https://doi.org/10.1177/0013164496056006006>

Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... ESEMedD-España, G. (2005). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMed-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451.
<https://doi.org/10.1157/13086324>

Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment. *Oxford Oxford University Press*, 365. <https://doi.org/10.1002/erv.647>

Haslam, N., Holland, E., & Kuppens, P. (2012). Categories versus dimensions in personality and psychopathology: A quantitative review of taxometric research. *Psychological Medicine*, 42(5), 903-920.
<https://doi.org/10.1017/S0033291711001966>

Helsen, K., Van den Bussche, E., Vlaeyen, J. W., & Goubert, L. (2013). Confirmatory factor analysis of the Dutch Intolerance of Uncertainty Scale: Comparison of the full and short version. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(1), 21-29. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.02.007>

Hewitt, P. L., & Dyck, D. G. (1986). Perfectionism, stress, and vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 10(1), 137-142.
<https://doi.org/10.1007/BF01173389>

Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1990). Perfectionism and depression: A multidimensional analysis. *Journal of Social Behavior and Personality*. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5, 423-438.

Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts:

- Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 276-280. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.105.2.276>
- Hewitt, P. L., Mittelstaedt, W. M., & Flett, G. L. (1990). Self-oriented perfectionism and generalized performance importance in depression. *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research & Practice*, 46(1), 67-73.
- Hill, A. P. (2014). Perfectionistic strivings and the perils of partialling. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 12(4), 302-315. <https://doi.org/10.1080/1612197X.2014.919602>
- Hill, R. D., van Boxtel, M. P. J., Ponds, R., Houx, P. J., & Jolles, J. (2005). Positive affect and its relationship to free recall memory performance in a sample of older Dutch adults from the Maastricht Aging Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(5), 429-435. <https://doi.org/10.1002/gps.1300>
- Hilleras, P. K., Jorm, A. F., Herlitz, A., & Winblad, B. (1998). Negative and Positive Affect among the Very Old: A Survey on a Sample Age 90 Years or Older. *Research on Aging*, 20(5), 593-610. <https://doi.org/10.1177/0164027598205003>
- Iacobucci, D. (2010). Structural equations modeling: Fit Indices, sample size, and advanced topics. *Journal of Consumer Psychology*, 20(1), 90-98. <https://doi.org/10.1016/j.jcps.2009.09.003>
- Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, 107(2), 156-176. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.156>

- Joiner, T. E., Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., & Marquina, G. (1997). Development and factor analytic validation of the SPANAS among women in Spain: (More) cross-cultural convergence in the structure of mood. *Journal of Personality Assessment*, 68(3), 600-615. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6803_8
- Kawamoto, T., & Furutani, K. (2018). The mediating role of intolerance of uncertainty on the relationships between perfectionism dimensions and psychological adjustment/maladjustment among mothers. *Personality and Individual Differences*, 122(October 2017), 62-67. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.10.008>
- Kawamura, K. Y., Hunt, S. L., Frost, R. O., & DiBartolo, P. M. (2001). Perfectionism, anxiety, and depression: Are the relationships independent? *Cognitive Therapy and Research*, 25(3), 291-301. <https://doi.org/10.1023/A:1010736529013>
- Khawaja, N. G., & Armstrong, K. A. (2005). Factor structure and psychometric properties of the frost multidimensional perfectionism scale: Developing shorter versions using an Australian sample. *Australian Journal of Psychology*, 57(2), 129-138. <https://doi.org/10.1080/10519990500048611>
- Khawaja, N. G., & Yu, L. N. H. (2010). QUT Digital Repository : This is the author version published as : This is the author ' s version published as : Khawaja , Nigar G . & Yu , Lai Ngo Heidi (2010) A comparison of the Catalogue from Homo Faber 2007. *Clinical Psychologist*, 14(3), 97-106.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling. Analysis* (Vol. 77). <https://doi.org/10.1038/156278a0>
- Korkmaz, S., Goksuluk, D., & Zararsiz, G. (2014). MVN: An R package for assessing multivariate normality. *The R Journal*, 6(2013), 151-162.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Bagby, M., Carpenter, W. T., & Caspi, A. (2017). Quantitative Classification Running Head: QUANTITATIVE CLASSIFICATION

1, 1-48.

- Krohne, H. W., Egloff, B., Kohlmann, C. W., & Tausch, A. (1996). Untersuchungen mit einer Deutschen version der «Positive and Negative Affect Schedule» (PANAS). *Diagnostica, 42*(2), 139-156. <https://doi.org/10.1037/t49650-000>
- Laboratory, S. P. (s. f.). Resources, The Emotion Regulation Questionnaire. Recuperado 28 de junio de 2017, a partir de <https://spl.stanford.edu/resources>
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Rhéaume, J., Blais, F., Boisvert, J. M., ... Thibodeau, N. (1999). Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behavior Therapy, 30*(2), 191-207. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(99\)80003-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(99)80003-3)
- Laessle, R. G., Kittl, S., Fichter, M. M., & Pirke, K. M. (1988). Cognitive correlates of depression in patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 7*(5), 681-686. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198809\)7:5<681::AID-EAT2260070512>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198809)7:5<681::AID-EAT2260070512>3.0.CO;2-N)
- Li, C.-H. (2016). Confirmatory factor analysis with ordinal data: Comparing robust maximum likelihood and diagonally weighted least squares. *Behavior Research Methods, 48*(3), 936-949. <https://doi.org/10.3758/s13428-015-0619-7>
- Liebman, W. M. (1978). Recurrent Abdominal Pain in Children: A Retrospective Survey of 119 Patients. *Clinical Pediatrics, 17*(2), 149-153. <https://doi.org/10.1177/000992287801700208>
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The Relationship Between Perfectionism and Psychopathology: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology, 73*(10), 1301-1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
- Liu, W., Chen, L., & Tu, X. (2015). Chinese adaptation of Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CCA): A psychometric

- evaluation in Chinese children. *International Journal of Psychology*, n/a-n/a.
<https://doi.org/10.1002/ijop.12233>
- Lopes, P. N., Salovey, P., Côté, S., & Beers, M. (2005). Emotion Regulation Abilities and the Quality of Social Interaction. *Emotion*, 5(1), 113-118.
<https://doi.org/10.1037/1528-3542.5.1.113>
- Lorenzo-Seva, U. (1999). Promin: A method for oblique factor rotation. *Multivariate Behavioral Research*, 34(3), 347-365.
https://doi.org/10.1207/S15327906MBR3403_3
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2013). FACTOR 9.2: A Comprehensive Program for Fitting Exploratory and Semiconfirmatory Factor Analysis and IRT Models. *Applied Psychological Measurement*, 37(6), 497-498.
<https://doi.org/10.1177/0146621613487794>
- Măgurean, S., Sălăgean, N., & Tudor, B. (2016). Factor structure and Psychometric properties of two short versions of Frost Multidimensional Perfectionism Scale in Romania. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 0, 1-5.
- Mahoney, A. E. J., & McEvoy, P. M. (2012). A transdiagnostic examination of intolerance of uncertainty across anxiety and depressive disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(3), 212-222.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2011.622130>
- Martin, R. C., Dahlen, E. R., Martin, R. C., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression , anxiety , stress , and anger depression , anxiety , stress , and anger. *Personality and Individual Difference*, 39, 1249-1260.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.06.004>
- Matsumoto, D., Yoo, S. H., & Nakagawa, S. (2008). Culture, Emotion Regulation, and Adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(6), 925-937.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.94.6.925>

Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (1999). Emotional Intelligence Meets Traditional Standards for an Intelligence. *Intelligence*, 27(4), 267-298.

[https://doi.org/10.1016/S0160-2896\(99\)00016-1](https://doi.org/10.1016/S0160-2896(99)00016-1)

McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. J. (2011). Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 112-122.

<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.010>

McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behav Res Ther*, 49(3), 186-193.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.12.006>.Rumination

McNally, R. J., & Lorenz, M. (1987). Anxiety sensitivity in agoraphobics. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 18(1), 3-11.

[https://doi.org/10.1016/0005-7916\(87\)90065-6](https://doi.org/10.1016/0005-7916(87)90065-6)

Meade, A. W., Johnson, E. C., & Braddy, P. W. (2006). the Utility of Alternative Fit Indices in Tests of Measurement Invariance. *Academy of Management Proceedings*, 2006(1), B1-B6.

<https://doi.org/10.5465/AMBPP.2006.27182124>

Meade, A. W., Johnson, E. C., & Braddy, P. W. (2008). Power and Sensitivity of Alternative Fit Indices in Tests of Measurement Invariance. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 568-592.

<https://doi.org/10.5465/AMBPP.2006.27182124>

Meade, A. W., & Lautenschlager, G. J. (2004). A monte-carlo study of confirmatory factor analytic tests of measurement equivalence/invariance. *Structural Equation Modeling*, 11(1), 60-72.

https://doi.org/10.1207/S15328007SEM1101_5

Melka, S. E., Lancaster, S. L., Bryant, A. R., & Rodriguez, B. F. (2011). Confirmatory factor and measurement invariance analyses of the emotion regulation questionnaire.

- Journal of Clinical Psychology*, 67(12), 1283-1293.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20836>
- Meredith, W. (1993). Measurement invariance, factor analysis and factorial invariance. *Psychometrika*, 58(4), 525-543. <https://doi.org/10.1007/BF02294825>
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Miranda, R., Fontes, M., & Marroquín, B. (2008). Cognitive content-specificity in future expectancies: Role of hopelessness and intolerance of uncertainty in depression and GAD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 46(10), 1151-1159. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.05.009>
- Morin, A. J. S., Katrin Arens, A., & Marsh, H. W. (2015). A bifactor exploratory structural equation modeling framework for the identification of distinct sources of construct-relevant psychometric multidimensionality. *Structural Equation Modeling*, 23(1), 116-139. <https://doi.org/10.1080/10705511.2014.961800>
- Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46(6), 553-565. <https://doi.org/10.1037/h0054288>
- Naragon-Gainey, K. (2010). Meta-Analysis of the Relations of Anxiety Sensitivity to the Depressive and Anxiety Disorders. *Psychological Bulletin*, 136(1), 128-150. <https://doi.org/10.1037/a0018055>
- Nekanda-Trepka, C. J. S. (1984). Perfectionism and the Threat to Self-Esteem in Clinical Anxiety. *Advances in Psychology*, 21(C), 125-132. [https://doi.org/10.1016/S0166-4115\(08\)62120-2](https://doi.org/10.1016/S0166-4115(08)62120-2)
- Nerviano, V. J., & Gross, H. W. (1983). Personality types of alcoholics on objective

- inventories. A review. *Journal of studies on alcohol*, 44(5), 837-51.
<https://doi.org/10.15288/jsa.1983.44.837>
- Norton, P. J. (2005). A psychometric analysis of the Intolerance of Uncertainty Scale among four racial groups. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(6), 699-707.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.08.002>
- Norton, P. J. (2006). Toward a clinically-oriented model of anxiety disorders. *Cognitive behaviour therapy*, 35(2), 88-105. <https://doi.org/10.1080/16506070500441561>
- Norton, P. J., & Mehta, P. D. (2007). Hierarchical model of vulnerabilities for emotional disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(4), 240-254.
<https://doi.org/10.1080/16506070701628065>
- Norton, P. J., & Paulus, D. J. (2017). Transdiagnostic models of anxiety disorder: Theoretical and empirical underpinnings. *Clinical Psychology Review*.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.004>
- Norton, P. J., Sexton, K. A., Walker, J. R., & Ron Norton, G. (2005). Hierarchical model of vulnerabilities for anxiety: Replication and extension with a clinical sample. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(1), 50-63.
<https://doi.org/10.1080/16506070410005401>
- Olatunji, B. O., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2009). Anxiety Sensitivity and the Anxiety Disorders: A Meta-Analytic Review and Synthesis. *Psychological Bulletin*, 135(6), 974-999. <https://doi.org/10.1037/a0017428>
- Oliva-Moreno, J., Montejo, L., & López-Bastida, J. (2006). The Economic Costs Of Anxiety In Spain Los Costes Económicos De Los Desórdenes De La Ansiedad En España. *Estudios de Economía Aplicada*, 821-836.
- Olthuis, J. V., Watt, M. C., & Stewart, S. H. (2014). Anxiety Sensitivity Index (ASI-3) subscales predict unique variance in anxiety and depressive symptoms. *Journal of*

- Anxiety Disorders*, 28(2), 115-124. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.04.009>
- Peterson, R. A., & Reiss, S. (1987). *Anxiety Sensitivity Index Manual*. Palos Heights: International Diagnostic Systems.
- Pineda, D., Martín-Vivar, M., Sandín, B., & Piqueras, J. A. (2018). Factorial invariance and norms of the 30-item shortened-version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS-30). *Psicothema*, 30(2), 1-6. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.276>
- Pineda, D., Valiente, R. M., Chorot, P., & Sandín, B. (2018). Invarianza factorial y temporal de la versión española del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(2).
- Piqueras, J. A., Martín-Vivar, M., Sandín, B., San Luis, C., & Pineda, D. (2017). The Revised Child Anxiety and Depression Scale: A systematic review and reliability generalization meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 218(15), 153–169. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.022>
- Pirbaglou, M., Cribbie, R., Irvine, J., Radhu, N., Vora, K., & Ritvo, P. (2013). Perfectionism, anxiety, and depressive distress: Evidence for the mediating role of negative automatic thoughts and anxiety sensitivity. *Journal of American College Health*, 61(8), 477-483. <https://doi.org/10.1080/07448481.2013.833932>
- Popov, S., Janičić, B., & Dinić, B. (2016). Validation of the Serbian Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire (Erq). *Primenjena psihologija*, 9(1), 63-81. <https://doi.org/10.19090/pp.2016.1.63-81>
- Pozza, A., & Dèttore, D. (2015). Psychometric Evidence of the Italian Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3) in Patients with Anxiety Disorders and Psychosis. *Research in Psychology and Behavioral Sciences*, 3(1), 7-17. <https://doi.org/10.12691/rpbs-3-1-3>

- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00200-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00200-9)
- Purdon, C., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1999). Psychometric properties of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale in a clinical anxiety disorders sample. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1271-1286. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199910\)55:10<1271::AID-JCLP8>3.0.CO;2-A](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199910)55:10<1271::AID-JCLP8>3.0.CO;2-A)
- R Core Team. (2016). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11(2), 141-153. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(91\)90092-9](https://doi.org/10.1016/0272-7358(91)90092-9)
- Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). The expectancy model of fear. En *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107-121).
- Remes, O., Brayne, C., van der Linde, R., & Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behavior*, 6(7). <https://doi.org/10.1002/brb3.497>
- Rhemtulla, M., Brosseau-Liard, P. É., & Savalei, V. (2012). When can categorical variables be treated as continuous? A comparison of robust continuous and categorical SEM estimation methods under suboptimal conditions. *Psychological Methods*, 17(3), 354-373. <https://doi.org/10.1037/a0029315>
- Rodríguez-Carvajal, R., Moreno-Jiménez, B., & Garrosa, E. (2006). Emotion Regulation Questionnaire - Spanish version. Recuperado a partir de <https://spl.stanford.edu/resources>
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1-36.

- Ruiz, M. A., Pardo, A., & Martín, R. S. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 34-45. <https://doi.org/10.5195/reviberoamer.2003.5609>
- Russell, D. W. (2002). In search of underlying dimensions: The use (and abuse) of factor analysis in Personality and Social Psychology Bulletin. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(12), 1629-1646. <https://doi.org/10.1177/014616702237645>
- Sala, M. N., Molina, P., Ablner, B., Kessler, H., Vanbrabant, L., & van de Schoot, R. (2012). Measurement invariance of the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ). A cross-national validity study. *European Journal of Developmental Psychology*, 9(6), 751-757. <https://doi.org/10.1080/17405629.2012.690604>
- Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination Cognition and Personality*, 9, 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Sandin, B. (2014). El transdiagnóstico como nuevo enfoque en psicología clínica y psiquiatría. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatria de enlace*, (111), 9-13.
- Sandin, B., & Chorot, P. (2009). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandin, & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (2ª, pp. 43-63). Madrid: Mc Graw Hill.
- Sandin, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., & Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Sandin, B., Chorot, P., & McNally, R. J. (2001). Anxiety Sensitivity Index: Normative data and its differentiation from trait anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 39(2), 213-219. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00009-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00009-7)
- Sandin, B., Chorot, P., Olmedo, M., & Valiente, R. M. (2008). Escala de Propensión y

- Sensibilidad al Asco–Revisada (DPSS-R): Propiedades psicométricas y relación del asco con los miedos y los síntomas obsesivo-compulsivos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 34, 127-168.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. A., & Jiménez, P. (1996). Dimensiones de alexitimia y estados emocionales de ansiedad, depresión e ira. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicósomática*, 17(1), 49-57. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=248583>
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203. <https://doi.org/10.5944/rppc.17.3.11839>
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., & Lostao, L. (2009). Validación Española Del Cuestionario De Preocupación Pswq: Estructura Factorial Y Propiedades Psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 107-122.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., & Pineda, D. (2012). *Cuestionario de Regulación Emocional*.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., Santed, M. A., & Lostao, L. (2004). Dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad : Evidencia confirmatoria de la estructura jerárquica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9(1), 19-33. Recuperado a partir de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3965/3819>
- Sandín, B., Simons, J. S., Valiente, R. M., Simons, R. M., & Chorot, P. (2017). Psychometric properties of the spanish version of The Distress Tolerance Scale and its relationship with personality and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 29(3), 421-428. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.239>
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., & Santed, M. A. (2007). ASI-3: Nueva escala para la evaluación de la sensibilidad a la ansiedad, 12, 91-104.

- Sandin, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., & Lostao, L. (2008). SA-45: Forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, *20*(2), 290-296.
- Sandin, B., Valiente, R. M., Pineda, D., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2018). Escala de Síntomas de Trastornos de Ansiedad y Depresión Análisis factorial confirmatorio. En *X CONGRESO DE AEPCP*. Albacete.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Santed, M. A., Pineda, D., & Olmedo, M. (2013). Efecto de la sensibilidad al asco sobre los síntomas hipocondríacos: un estudio prospectivo. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Revista iberoamericana de psicología*, *107*, 32-45.
- Sarıçam, H., Erguvan, F. M., Akin, A., & Akça, M. Ş. (2014). The Turkish Short Version of the Intolerance of Uncertainty (IUS-12) Scale: The study of validity and reliability. *Route Educational & Social Science Journal*, *1*(3), 148-157.
- Schafer, J. O., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2016). Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. *Journal of Youth and Adolescence*, 1-16. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>
- Sexton, K. A., Norton, P. J., Walker, J. R., & Norton, G. R. (2003). Hierarchical model of generalized and specific vulnerabilities in anxiety. *Cognitive behaviour therapy*, *32*(2), 82-94. <https://doi.org/10.1080/16506070302321>
- Sexton, K. A., Norton, P. J., Walker, J. R., & Norton, G. R. (2010). Hierarchical Model of Generalized and Specific Vulnerabilities in Anxiety Hierarchical Model of Generalized and Specific, *6073*(April 2013), 37-41. <https://doi.org/10.1080/16506070310000407>
- Shafran, R., & Rachman, S. (2004). Thought-action fusion: A review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*.

<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.04.002>

Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 10*(5), 379-391.

[https://doi.org/10.1016/0887-6185\(96\)00018-7](https://doi.org/10.1016/0887-6185(96)00018-7)

Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion, 29*(2), 83-102.

<https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>

Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Acton, MA: Copley Publishing Group.

Starcevic, V., & Berle, D. (2006). Cognitive specificity of anxiety disorders: A review of selected key constructs. *Depression and Anxiety, 23*(1), 51-61.

<https://doi.org/10.1002/da.20145>

Stewart, S. H., Taylor, S., & Baker, J. M. (1997). Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders, 11*(2), 179-200.

[https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(97\)00005-4](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(97)00005-4)

Stöber, J. (1998). The frost multidimensional perfectionism scale revisited: More perfect with four (instead of six) dimensions. *Personality and Individual Differences, 24*(4), 481-491.

[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00207-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00207-9)

Stoeber, J., & Gaudreau, P. (2017). The advantages of partialling perfectionistic strivings and perfectionistic concerns: Critical issues and recommendations. *Personality and Individual Differences*.

<https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.08.039>

Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*.

https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1004_2

Takebayashi, Y., Sasagawa, S., Sugiura, Y., & Sakano, Y. (2012). Development and validation of the Japanese version of the short intolerance of uncertainty scale.

Japanese Journal of Cognitive Therapy, 5, 179-187.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation*. Cambridge: University Press.

Taylor, S. (1999). *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Taylor, S., Koch, W. J., & McNally, R. J. (1992). How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders? *Journal of Anxiety Disorders*, 6(3), 249-259. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(92\)90037-8](https://doi.org/10.1016/0887-6185(92)90037-8)

Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., ... Cardenas, S. J. (2007). Robust Dimensions of Anxiety Sensitivity: Development and Initial Validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19(2), 176-188. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.2.176>

Terracciano, A., McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2003). Factorial and construct validity of the Italian Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *European Journal of Psychological Assessment*, 19(2), 131-141. <https://doi.org/10.1027//1015-5759.19.2.131>

Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological Methods*, 16(2), 209-220. <https://doi.org/10.1037/a0023353>

Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2008). Further examination of the relationship between anxiety sensitivity and depression: The mediating role of experiential avoidance and difficulties engaging in goal-directed behavior when distressed. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(2), 199-210. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.03.005>

Tyrer, P. J. (1989). *Classification of neurosis*. Chichester: Wiley.

Valladares, a, Dilla, T., & Sacristán, J. (2009). La depresión: una hipoteca social. *Últimos*

- avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. (Spanish). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(1), 49-53. <https://doi.org/200811101227> [pii]
- Vázquez, C., & Sanz, J. (2009). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicosestado del animo. En A. Belloch, B. Sandin, & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (2ª, pp. 234-269). Madrid: Mc Graw Hill.
- Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
- Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., ... Murray, C. J. L. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 386(9995), 743-800. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60692-4)
- Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502>
- Watson, D. (2009). Differentiating the Mood and Anxiety Disorders: A Quadripartite Model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 221-247. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153510>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a Consensual Structure of Mood. *Psychological Bulletin*. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.219>
- West, S. G., Taylor, A. B., & Wu, W. (2012). Model fit and model selection in structural equation modeling. En R. H. Hoyle (Ed.), *Handbook of Structural Equation*

- Modeling* (pp. 209–231). New York: Guilford.
- Wheaton, M. G., Deacon, B. J., McGrath, P. B., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2012). Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3. *Journal of Anxiety Disorders*, *26*(3), 401-408. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.002>
- Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Degenhardt, L., Feigin, V., & Vos, T. (2015). The global burden of mental, neurological and substance use disorders: An analysis from the global burden of disease study 2010. *PLoS ONE*, *10*(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116820>
- Widaman, K. F., Ferrer, E., & Conger, R. D. (2010). Factorial invariance within longitudinal structural equation models: Measuring the same construct across time. *Child Development Perspectives*, *4*(1), 10-18. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2009.00110.x>
- Widiger, T. A., & Clark, L. A. (2000). Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychological Bulletin*, *126*(6), 946-963. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.6.946>
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. New York: Penguin.
- World Health Organization. (2013). *Health 2020: A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century*. World Health Organization. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Wulfert, E., Greenway, D., & Dougher, M. (1996). A Logical Functional Analysis of Reinforcement-Based Disorders: Alcoholism and Pedophilia. *J Consult Clin Psychol*, *64*(6), 1140-1151. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1140>
- Zinbarg, R. E., Barlow, D. H., & Brown, T. A. (1997). Hierarchical structure and general factor saturation of the anxiety sensitivity index: Evidence and implications.

Psychological Assessment, 9(3), 277-284. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.3.277>

Zinbarg, R. E., Brown, T. A., Barlow, D. H., & Rapee, R. M. (2001). Anxiety sensitivity, panic, and depressed mood: A reanalysis teasing apart the contributions of the two levels in the hierarchical structure of the anxiety sensitivity index. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(3), 372-377. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.110.3.372>

Tabla 1.

Estadísticos descriptivos de las muestras

	Muestra 1	Muestra 2
<i>n</i>	997	983
Mujeres (%)	780 (78.2)	768 (78.1)
Edad, <i>M (DT)</i>	32.41 (9.56)	33.14 (9.98)
Rango de edad	19-67	18-61
Nivel socioeconómico, <i>n (%)</i> :		
Bajo	268 (27.0)	256 (26.0)
Medio	623 (62.5)	619 (63.0)
Alto	106 (11.5)	108 (11.0)
Estado civil, <i>n (%)</i> :		
Soltero	550 (55.2)	556 (56.6)
En pareja	379 (38.0)	356 (36.2)
Separado/divorciado/viudo	68 (6.8)	71 (7.2)

Nota:

Tabla 2

Distribución de participantes por provincias (<i>n</i> y %)		
Provincia	Muestra 1 (<i>n</i> = 997)	Muestra 2 (<i>n</i> = 983)
Andalucía	159 (15.95%)	135 (13.73%)
Aragón	83 (8.32%)	61 (6.21%)
Asturias	35 (3.51%)	31 (3.15%)
Baleares	21 (2.11%)	25 (2.54%)
Canarias	47 (4.71%)	47 (4.78%)
Cantabria	18 (1.81%)	16 (1.63%)
Castilla-León	74 (7.42%)	52 (5.29%)
Castilla-La Mancha	53 (5.32%)	93 (9.46%)
Cataluña	43 (4.31%)	48 (4.88%)
Extremadura	16 (1.60%)	33 (3.36%)
Galicia	60 (6.02%)	65 (6.61%)
La Rioja	12 (1.20%)	8 (0.81%)
Madrid	228 (22.87%)	231 (23.50%)
Murcia	29 (2.91%)	26 (2.64%)
Navarra	16 (1.60%)	17 (1.73%)
País Vasco	29 (2.91%)	20 (2.03%)
Valencia	61 (6.12%)	74 (7.53%)
Ceuta	6 (0.60%)	1 (0.10%)
Melilla	7 (0.70%)	0 (0.00%)

Tabla 3.

Índices de bondad de ajuste para los diferentes modelos relacionados con la estructura factorial de la ERQ, basados en los análisis factoriales confirmatorios ($n = 997$)

Modelo de análisis factorial confirmatorio de la ERQ	S-B χ^2 (gl)	χ^2 /gl	RMSEA	SRMR	CFI	GFI	NFI	AIC
Modelo 1: Dos factores correlacionados	733.23 (34)	21.57	.121	.061	.909	.987	.903	32501.58
Modelo 2: Dos factores no correlacionados	530.82 (35)	15.16	.119	.063	.909	.987	.903	32501.96
Modelo 3: Dos factores no correlacionados, errores 4-5 correlacionados	220.17 (34)	6.48	.074	.046	.966	.993	.960	32193.31
Modelo 4: Dos factores no correlacionados, errores 4-5 y 3-4 correlacionados	98.08 (33)	2.97	.044	.042	.988	.997	.982	32073.22

Nota: Índices corregidos (método robusto). S-B $\chi^2 = \chi^2$ escalado de Satorra-Bentler; gl = Grados de libertad; RMSEA = root mean square error residual; SRMR = standardized root mean square residual; CFI = comparative fit index; GFI = Goodness of fit index; NFI = Normed fit index; AIC = Akaike's information criterion.

Tabla 4.

Correlaciones de Pearson de los ítems y los factores y varianza media extraída por los factores

	Reevaluación cognitiva	Supresión emocional	<i>M</i> (<i>DT</i>)
Reevaluación cognitiva	.47 ^a	-.04	5.02 (1.10)
Controlo mis emociones	.77***	-.01	4.80 (1.51)
Reevaluación menos negativa	.85***	-.07***	5.12 (1.47)
Reevaluación mas positiva	.83***	-.07***	5.16 (1.44)
Cambio pensamiento mas positivo	.73***	.02	4.82 (1.51)
Cambio pensamiento menos negativo	.72***	.03	4.75 (1.50)
Mantener la calma en situaciones de estrés	.57***	-.10***	5.48 (1.40)
Supresión emocional	-.04	.72 ^a	2.04 (1.03)
No expreso mis emociones	.01	.91***	3.15 (1.85)
No expreso emociones negativas	-.02	.89***	3.56 (1.87)
Oculto mis emociones	-.05	.92***	3.42 (1.99)
No expreso emociones negativas	-.12***	.73***	2.12 (1.38)
α/ω	.84/.77	.89/.91	

Nota: a = varianza media extraída (AVE).

M = media; *DT* = Desviación típica; α = alfa de Cronbach; ω = omega de McDonald.

*** $p < .001$.

Tabla 5.

Estadísticos descriptivos de las escalas, correlaciones entre las dimensiones de regulación emocional y otras variables relevantes y sus coeficientes de fiabilidad

	<i>M (DT)</i>	Reevaluación cognitiva	Supresión emocional	α/ω
DTS	3.21 (0.83)	.16***	-.17***	.90/.91
Tolerancia	3.08 (1.14)	.09**	-.11***	.83/.85
Evaluación	3.57 (0.90)	.24***	-.18***	.81/.80
Absorción	3.00 (1.15)	.19***	-.14***	.86/.87
Regulación	2.83 (1.05)	-.08*	-.08*	.79/.83
SA-45	23.73 (20.10)	-.23***	.20***	.95/.95
Depresión	3.94 (4.10)	-.16***	.22***	.89/.90
Hostilidad	1.74 (2.36)	-.24***	.07*	.76/.78
Sensibilidad Interpersonal	3.31 (3.54)	-.23***	.24***	.85/.85
Somatización	3.17 (3.27)	-.07*	.05	.81/.83
Ansiedad	3.37 (3.18)	-.21***	.10***	.83/.89
Psicoticismo	0.50 (1.19)	-.11***	.07*	.60/.64
Obsesión-Compulsión	3.49 (3.17)	-.14***	.17***	.78/.78
Ansiedad Fóbica (Agorafobia)	0.90 (2.13)	-.20***	.15***	.84/.85
Ideación Paranoide	3.28 (3.19)	-.15***	.19***	.78/.77
PANAS	-	-	-	-
Afecto positivo	29.86 (6.74)	.28***	-.23***	.91/.92
Afecto negativo	18.63 (5.69)	-.28***	.16***	.89/.93
TAS-20	41.24 (8.65)	-.23***	.44***	.79/.83

Nota: *M* = media; *DT* = Desviación típica; α = alfa de Cronbach; ω = omega de McDonald.

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

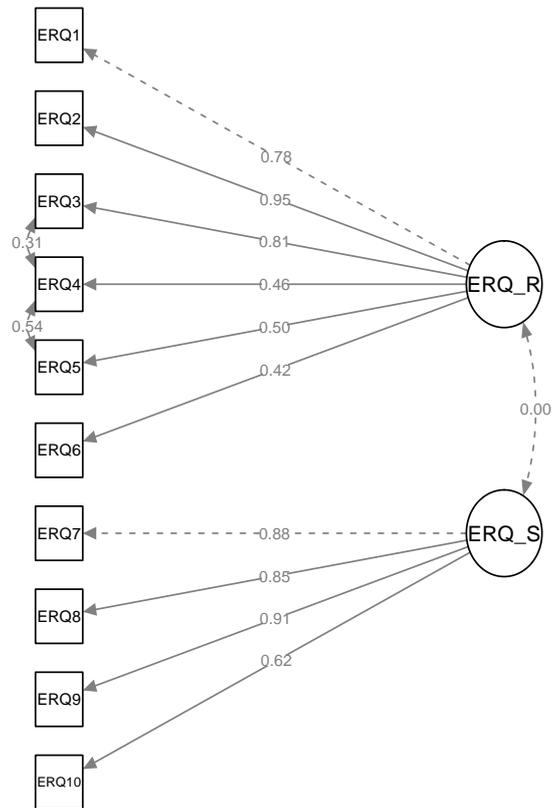
Tabla 6.

Descriptivos y baremos poblacionales por sexo y grupos de edad

	Hombres								Mujeres							
	18-25		26-40		41-65		>66		18-25		26-40		41-65		>66	
	Sup.	Rev.	Sup.	Rev.	Sup.	Rev.	Sup.	Rev.	Sup.	Rev.	Sup.	Rev.	Sup.	Rev.	Sup.	Rev.
<i>M</i>	16.30	29.35	15.05	29.59	14.79	29.49	14.00	21.00	12.69	29.59	12.07	30.22	12.04	30.77	-	-
<i>DT</i>	6.21	5.40	6.33	6.24	6.33	6.77	5.66	12.73	6.00	6.24	5.97	6.49	5.61	6.36	-	-
Min	4	16	4	13	4	11	10	12	4	6	4	6	4	6	-	-
Max	28	42	27	42	28	42	18	30	28	42	28	42	27	42	-	-
<i>n</i>	80	80	229	229	121	121	2	2	498	498	726	726	324	324	0	0
Percentiles																
5	6	20	4	18	4	17	10	12	4	17	4	18	4	19	-	-
25	12	26	9	26	9	25	10	12	8	27	8	27	8	27	-	-
50	16	29	16	30	16	31	14	21	13	31	11	31	11	31	-	-
75	21	33	20	34	20	35	18	30	18	34	17	35	17	36	-	-
95	26	39	24	38	24	38	18	30	23	38	22	39	21	40	-	-
99	28	42	26	41	26	42	18	30	25	42	25	42	25	42	-	-

Nota: *N* = 1980. Sup. = supresión emocional; Rev. = reevaluación cognitiva.

Figura 1. Estructura factorial y cargas factoriales estandarizadas de la ERQ



Certificado aceptacion

Ready to submit

**Title: Psychometric properties of the Spanish short version of the
Intolerance of Uncertainty Scale**

Authors: David Pineda, Peter Muris, Rosa María Valiente, Paloma Chorot y
Bonifacio Sandin

1 Introduction

Fear is a reaction to a specific, observable danger that generally is accompanied by a fight-flight response, while anxiety refers to more diffuse, objectless apprehension in the context of a potential threat. Both fear and anxiety can be seen as basic protective, adaptive responses (Barlow, 2002). In this regard, we can see anxiety as a preparatory response involving worry about a potential threat, that may or may not occur, accompanied by an attenuated version of the physiological reaction to fear (Asmundson et al., 2006; Barlow, 2002; Carleton, Sharpe, et al., 2007). Additionally, the degree of uncertainty about threat makes the difference between these two constructs (Carleton, Norton, et al., 2007). In the other hand, worries can be defined as a ruminative thought about the uncertainty of some negative occurrence (Carleton, Norton, et al., 2007). How tolerant is person to uncertainty about the possibility of a negative event will impact in his worries and therefore in his anxiety (Carleton, Norton, et al., 2007). Again, uncertainty seems to have an important role in worries and anxiety, concretely the intolerance to this uncertainty.

Intolerance of uncertainty has been defined as the tendency to overestimate the possibility of occurrence of a negative event considering as unacceptable and threatening to the person (Carleton, Sharpe, et al., 2007). Intolerance of uncertainty has be linked to certain psychiatric disorders including generalized anxiety disorder (GAD), obsessive-compulsive disorder (OCD), panic disorder (PD), and depression (Buhr & Dugas, 2002; Carleton, Norton, et al., 2007; Dugas et al., 2001, 2004; Miranda et al., 2008). Given the link with these types of psychopathology, intolerance of uncertainty has been proposed as a cognitive vulnerability factor that is involved in the development and maintenance of these disorders (Mahoney & McEvoy, 2012; Starcevic & Berle, 2006). Given its relevance for a variety of emotional problems,

intolerance of uncertainty is viewed as a transdiagnostic construct (Mahoney & McEvoy, 2012).

The Intolerance of Uncertainty Scale (IUS) is a 27-item scale developed to measure people's reactions to future ambiguous and uncertain situations and events (Freeston et al., 1994). Freeston et al., (1994) found support for a five-factor model with the French version, while Buhr and Dugas (2002) found support for a four-factor model with the English version. Given these differences on the factor structure, Norton (2005) performed a new assessment about it, concluding that item-removal might improve his factor structure, with no substantial impact on his reliability. A later study performed by Carleton and colleagues (Carleton, Norton, et al., 2007), item-reduction about IUS were carried out. The authors conclude that the new 12-items version (IUS-12), demonstrated a stable two-factors structure. These two factors represent anxious and avoidance components of intolerance to uncertainty. Other subsequent studies has been proved adequate reliability, validity, and stable two-factors structure for this version (Khawaja & Yu, 2010; McEvoy & Mahoney, 2011). It has also been translated into several languages like Dutch (Helsen et al., 2013), Italian (Bottesi et al., 2015), Japanese (Takebayashi et al., 2012) or Turkish (Sarıçam et al., 2014).

Altogether, research so far has yielded considerable evidence for the psychometric properties of the different translations of the 12-items IUS scale. Given the importance of intolerance of uncertainty for the development and maintenance of emotional psychopathology, it would be desirable to have a Spanish version of the questionnaire. With this purpose, the aim of the current study was to investigate the psychometric properties of the Spanish version of the IUS-12, by exploring its factorial structure, reliability, and relation to a number of psychopathological symptoms (i.e., ...). Regarding its factor structure, we hypothesized that a model with two correlated

factors would be superior to the unidimensional model (a single factor) or to the two-factor model with a higher-order factor. Further, we expected the Spanish version of the IUS-12 to display acceptable levels of reliability and good concurrent validity as evidenced by positive correlations with scales measuring (second hypothesis).

2 Method

2.1 Participants and procedure

For the present work, 983 subjects participated voluntarily, of which 768 were women (78.1%). The age of the participants was between 18 and 61 years ($M = 33.14$, $SD = 9.99$). The descriptive statistics of ... are shown in Table 1. The distribution of participants by regions of Spain is shown in Table 2.

2.2 Measures

2.2.1 Intolerance of Uncertainty Scale-short version (IUS-12)

As noted in the introduction, the IUS-12 (Carleton, Norton, et al., 2007) is a 12-item self-report questionnaire for measuring the intolerance of uncertainty, and its components prospective and inhibitory anxiety. The scale was translated into Spanish following a translation-back-translation procedure.

2.2.2 Symptom Assessment-45 (SA-45)

The Symptom Assessment-45 (SA-45) is a brief 45-item questionnaire for measuring psychiatric symptomatology (Davison et al., 1997; Spanish version by Sandin, Valiente, Chorot, Santed, & Lostao, 2008) of both an internalizing (e.g., anxiety, depression, somatization) and an externalizing (e.g., hostility, paranoid ideation) nature. Good psychometric properties have been reported for the SA-45 (reference), and in the present study the internal consistency for various scales were also good, with all Cronbach's alphas ranging between .60 and .95.

2.2.3 Penn State Worry Questionnaire

The Spanish version of the Penn State Worry Questionnaire (PSWQ-11; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990; Sandin, Chorot, Valiente, & Lostao, 2009) is a 11-item scale for measuring worries. In this study, the reliability of the scale was excellent ($\alpha = .95$).

2.2.4 Padua Inventory Washington-State Revision

The Spanish version of the Padua Inventory Washington State University Revision (PI-WSUR; Burns, Keortge, Formea, & Sternberger, 1996; Sandin, Chorot, Olmedo, & Valiente, 2008) is a 39-item scale for measuring obsessive-compulsive symptoms. In this study, the reliability of the scales appeared to be good, with Cronbach's alphas varying between .70 to .91.

3 Results

3.1 Confirmatory factor analysis

Using the Lavaan package (Rosseel, 2012) in R (R Core Team, 2016), confirmatory factor analyses (with a Diagonally Weighted Least Squares (DWLS) estimation procedure) were conducted in which individual items of the IUS-12 loaded on two latent factors that were allowed to correlate. The fit indices indicated that the data were well in keeping with the hypothesized model. The goodness-of-fit indices were: $\chi^2_{(53)} = 172.48$, $p < .001$; $\chi^2/df = 3.25$; CFI = .99; GFI = .99; RMSEA = .05 (90% CI: .04, .06); SRMR = .06. We also tested the 1-factor model and the 2-factors with 1-second order factor. The results didn't show differences between the 2-factors and the 2-factors with 1-second order factor models (only with χ^2/df , because of the 52 degrees of freedom); and a poor fit indices for the 1-factor model: $\chi^2_{(54)} = 403.40$, $p < .001$; $\chi^2/df = 7.47$; CFI = .97; GFI = .98; RMSEA = .08 (90% CI: .07, .09); SRMR = .08. With this

results we opt for keep the 2-factors model as the more parsimonious of both. The standardized factor loadings of the 2-factors model of the IUS-12 are shown in Figure 1. As can be seen, all of the items loaded convincingly on their hypothesized factor ($>.61$). Note also that the correlation among the two factors was quite substantial ($.71$).

3.2 Reliability

To assess the reliability (internal consistency) of the IUS-12, Cronbach's alpha and McDonald's omega coefficients were calculated. The alpha values were $.89$ for the Prospective Anxiety, $.84$ for the Inhibitory Anxiety, and $.91$ for the total score. The omega coefficients were very similar, with the exception of the Inhibitory Anxiety that was slightly lower ($.83$), and for the total score that was slightly upper ($.92$).

3.3 Validity I: Gender differences

A series of t -tests were conducted to evaluate gender differences for the IUS-12 scores. As expected, no differences were finding [for the Prospective Anxiety, males means were 17.59 , $SD = 5.96$ versus 16.91 , $SD = 5.33$, $t_{(981)} = 1.62$, $p = .105$; and for the Inhibitory Anxiety, males means were 9.78 , $SD = 3.70$ versus 10.10 , $SD = 3.59$, $t_{(981)} = -1.17$, $p = .241$]. AND FOR THE TOTAL SCORE?

3.4 Validity II: Correlations with worries and psychiatric symptoms

Correlations between tolerance to uncertainty and worries, OCD symptoms, and psychiatric symptoms are displayed in Table 3. All correlations were significantly and positively related ($p < .001$). Correlations between the intolerance to uncertainty scores and worries revealed a related with large effect sizes in all scales (r 's being $.48$ to $.56$). In the other hand, correlation with OCD symptoms was associated too, with medium effect sizes for checking compulsions, obsessional thoughts of harm to self/others and the scores on the total scale (r 's being $.31$ to $.45$). When looking at the correlations

with the psychiatric symptoms, it was found that Inhibitory anxiety showed stronger related than prospective anxiety (Δr 's between .06 to .15). The relation with symptoms and worries was been stronger in the total scores than in the subscales in all cases, with the exception of obsessional thoughts of harm to self/others.

4 Discussion

The general purpose of this study was to examine the psychometrics properties of the Spanish version of the scale for measuring the intolerance to uncertainty, namely the IUS-12. First of all, confirmatory factor analysis demonstrated that a model in which individual items loaded on two distinct but correlated factors provided a good fit for the data, which means that the factor structure of the Spanish IUS-12 is equivalent to that of the original English version (Carleton, Norton, et al., 2007) and other translations (Bottesi et al., 2015; Helsen et al., 2013; Sariçam et al., 2014). These results provide convincing support for the factor structure and the stability of this structure against different languages versions.

In line with previous findings, the internal consistency of the Spanish UIS-12, measured as Cronbach alpha, as showed excellent values ranged between .84 to .91, which is in keeping with reliability coefficients of the original scales (Carleton, Norton, et al., 2007), several translations in other languages (e.g., Bottesi et al., 2015; Helsen et al., 2013), and in some cases better values comparing with others adaptations (Sariçam et al., 2014). These values are really high if we taking in account that one of the scales has only five items (i.e., Inhibitory Anxiety).

As previous studies, no gender differences were displaying for the scale (Carleton, Norton, et al., 2007). Regarding the relation with psychiatric symptoms, our findings suggest that inhibitory anxiety is closer related to symptoms comparing with

the prospective anxiety and the total score. Similar finding has been sowed by other authors (Bottesi et al., 2015; Carleton, Norton, et al., 2007; Sariçam et al., 2014).

Altogether, the results of the present study indicate that the psychometric properties of the Spanish version of the IUS-12 are generally well in line with what has been noted for the original version of this scale (as well as their translations in other countries). In sum, theses findings provide support for use it as a practical tool to measuring the Intolerance to Uncertainty in Spanish populations. The use of short measures facilitates its uses in research environments, where the large number of items is frequently a very common problem. Future research should prove its suitable usage in clinical contexts too. Since them, the use of this scale with clinical samples should be done carefully.

5 References

- Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: a factor-analytic study. *Psychological monographs*, 80(7), 1-37. <https://doi.org/10.1037/h0093906>
- Aldao, A. (2012). Emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: A closer look at the invariance of their form and function. *Revista de Psicopatologia y Psicología Clínica*, 17(3), 261-277. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11843>
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 974-983. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.002>
- Aldao, A., Nolen-hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology : A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Allan, N. P., Capron, D. W., Raines, A. M., & Schmidt, N. B. (2014). Unique relations among anxiety sensitivity factors and anxiety, depression, and suicidal ideation. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 266-275. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.12.004>
- Allan, N. P., Cooper, D., Oglesby, M. E., Short, N. A., Saulnier, K. G., & Schmidt, N. B. (2018). Lower-order anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty dimensions operate as specific vulnerabilities for social anxiety and depression within a hierarchical model. *Journal of Anxiety Disorders*, 53(May 2017), 91-99. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.08.002>
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... Vollebergh, W. A. M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results

- from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(s420), 21-27.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V. American Journal of Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Amstadter, A. B. (2008). Emotion Regulation and Anxiety Disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(2), 211-221. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.02.004>.Emotion
- Asmundson, G. J. G., Taylor, S., Bovell, C. V, & Collimore, K. (2006). Strategies for managing symptoms of anxiety. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 6(2), 213-222. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1586/14737175.6.2.213>
- Asseraf, M., & Vaillancourt, T. (2015). Longitudinal Links Between Perfectionism and Depression in Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(5), 895-908.
<https://doi.org/10.1007/s10802-014-9947-9>
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Balatsky, G., & Diener, E. (1993). Subjective well-being among Russian students. *Social Indicators Research*, 28(3), 225-243. <https://doi.org/10.1007/BF01079019>
- Balzarotti, S., John, O. P., & Gross, J. J. (2010). An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 26(1), 61-67. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000009>
- Barlow, D. H. (1988). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Recuperado a partir de

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc3&NEWS=N&AN=1988-98140-000>

- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic, 2nd ed. American Journal of Psychiatry* (2nd ed., Vol. 159). New York: The Guilford Press. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1453>
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. The Journal of The American Medical Association*. <https://doi.org/10.1001/jama.1968.03140130056023>
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & McElroy, M. G. (1982). Self-reported precedence of depression in alcoholism. *Drug and Alcohol Dependence*, 10(2-3), 185-190. [https://doi.org/10.1016/0376-8716\(82\)90011-4](https://doi.org/10.1016/0376-8716(82)90011-4)
- Belloch, A. (2012). Propuestas Para Un Enfoque Transdiagnóstico De Los Trastornos Mentales Y Del Comportamiento : *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 17(3), 295-311.
- Boelen, P. A., & Reijntjes, A. (2009). Intolerance of uncertainty and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(1), 130-135. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.04.007>
- Bottesi, G., Ghisi, M., Novara, C., Bertocchi, J., e Ilaria, M. B., Dominicis, D., & Freeston, M. H. (2015). Intolerance of uncertainty scale (IUS-27 e IUS-12): Due studi preliminari. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 21(3), 345-365.

- Broday, S. F. (1988). Perfectionism and Millon Basic Personality Patterns. *Psychological Reports*, 63(3), 791-794. <https://doi.org/10.2466/pr0.1988.63.3.791>
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585-599. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.4.585>
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 179-192. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.2.179>
- Brown, T. a, Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of abnormal psychology*, 107(2), 179-192. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.2.179>
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The Intolerance of Uncertainty Scale: psychometric properties of the English version. *Behav Res Ther*, 40(8), 931-945. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00092-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00092-4)
- Burns, G. L., Keortge, S. G., Formea, G. M., & Sternberger, L. G. (1996). Revision of the Padua Inventory of obsessive compulsive disorder symptoms: Distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 34(2), 163-173. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00035-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00035-6)
- Cabello, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., & Gross, J. J. (2013). A Spanish adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 29(4), 234-240. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000150>

- Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., & Asmundson, G. J. G. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 468-479. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.011>
- Carleton, R. N., Norton, M. A. P. J., & Asmundson, G. J. G. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 105-117. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.014>
- Carleton, R. N., Sharpe, D., & Asmundson, G. J. G. (2007). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Requisites of the fundamental fears? *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2307-2316. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.04.006>
- Carrasco, Á., Belloch, A., & Perpiñá, C. (2010). La evaluación del perfeccionismo: utilidad de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo en población española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36(153), 49-65.
- Chang, E. C., Banks, K. H., & Watkins, A. F. (2004). How Adaptive and Maladaptive Perfectionism Relate to Positive and Negative Psychological Functioning: *Journal of Counseling Psychology*, 51(1). <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.93>
- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating Goodness-of-Fit Indexes for Testing Measurement Invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 9(2), 233-255. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902_5

- Chorot, P., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Pineda, D., & Sandín, B. (2018). Escala de Síntomas de Trastornos de Ansiedad y Depresión Propiedades psicométricas. En *X CONGRESO DE AEPCP*.
- Chorpita, B. F. (2002). The tripartite model and dimensions of anxiety and depression: An examination of structure in a large school sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *30*(2), 177-190. <https://doi.org/10.1023/A:1014709417132>
- Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2010). Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: An Integrative Review. *Journal of Psychopathological Behaviour*, *32*(1), 68-82. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9161-1>.Emotion
- Clark, D. M., Field, S., & Layard, R. (2012). Mental health loses out in the National Health Service. *The Lancet*, *379*(9834), 2315-2316. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60985-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60985-4)
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*(3), 316-336. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>
- Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best Practices in Exploratory Factor Analysis : Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Practical Assessment, Research & Education*, *10*, 1-9. <https://doi.org/10.1.1.110.9154>
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Clara, I. P. (2002). The multidimensional structure of perfectionism in clinically distressed and college student samples. *Psychological Assessment*, *14*(3), 365-373. <https://doi.org/10.1037//1040-3590.14.3.365>
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Taylor, S. (2001). The effect of rumination as a mediator of elevated anxiety sensitivity in major depression. *Cognitive Therapy and Research*, *25*(5), 525-534. <https://doi.org/10.1023/A:1005580518671>
- Cox, B. J., Taylor, S., & Enns, M. W. (1999). Fear of cognitive dyscontrol in relation to

- depression symptoms: Comparisons between original and alternative measures of anxiety sensitivity. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30(4), 301-311. [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(99\)00026-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(99)00026-9)
- Cummings, C. M., Caporino, N. E., & Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin*, 140(3), 816-845. <https://doi.org/10.1037/a0034733>
- D'Argembeau, A., & Van der Linden, M. (2006). Individual differences in the phenomenology of mental time travel: The effect of vivid visual imagery and emotion regulation strategies. *Consciousness and Cognition*, 15(2), 342-350. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2005.09.001>
- Davison, M. L., Bershady, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E., & Kane, R. L. (1997). Development of a Brief, Multidimensional, Self-Report Instrument for Treatment Outcomes Assessment in Psychiatric Settings: Preliminary Findings. *Assessment*, 4(3), 259-276. <https://doi.org/10.1177/107319119700400306>
- Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2008). Is Hypochondriasis Related to Obsessive-Compulsive Disorder, Panic Disorder, or Both? An Empirical Evaluation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(2), 115-127. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.22.2.115>
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90 An outpatient psychiatric rating scale, preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-25.
- Dimitrov, D. M. (2010). Testing for Factorial Invariance in the Context of Construct Validation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 43(2), 121-149. <https://doi.org/10.1177/0748175610373459>
- Dimitrov, D. M. (2012). *Statistical Methods for Validation of Assessment Scale Data in Counseling and Related Fields*. (J. W. & Sons, Ed.), *Statistical Methods for*

Validation of Assessment Scale Data in Counseling and Related Fields.

<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25(5), 551-558. <https://doi.org/10.1023/A:1005553414688>

Dugas, M. J., Schwartz, A., & Francis, K. (2004). Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(6), 835-842. <https://doi.org/10.1007/s10608-004-0669-0>

Dunn, T. J., Baguley, T., & Brunsten, V. (2014). From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105(3), 399-412. <https://doi.org/10.1111/bjop.12046>

Ebesutani, C., McLeish, A. C., Luberto, C. M., Young, J., & Maack, D. J. (2014). A bifactor model of anxiety sensitivity: Analysis of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(3), 452-464. <https://doi.org/10.1007/s10862-013-9400-3>

Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203-212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>

Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista de Psicopatologia y Psicologia Clinica*, 17(3), 279-294. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11844>

Eisner, L. R., Johnson, S. L., & Carver, C. S. (2009). Positive affect regulation in anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(5), 645-649. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.02.001>. Positive

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel Press.

- Escocard, M., Fioravanti-Bastos, a C. M., & Landeira-Fernandez, J. (2009). Anxiety Sensitivity Factor Structure Among Brazilian Patients with Anxiety Disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 246-255. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9103-3>
- Eysenck, H. J. (1959). *Maudsley Personality Inventory*. London: University of London.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1976). *Psychoticism as a dimension of personality*. London: Hodder and Stoughton.
- Ferrando, P., & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 18-33. Recuperado a partir <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3150810&info=resumen&idioma=ENG>
- Ferrer, L., Martín-vivar, M., Pineda, D., Sandín, B., & Piqueras, J. A. (2018). Relación de la ansiedad y la depresión en adolescentes con dos mecanismos transdiagnósticos: el perfeccionismo y la rumiación, 26, 55-74.
- Flett, G. L., Blankstein, K. R., & Hewitt, P. L. (2009). Perfectionism, performance, and state positive affect and negative affect after a classroom test. *Canadian Journal of School Psychology*, 24(1), 4-18. <https://doi.org/10.1177/0829573509332457>
- Flett, G. L., Greene, A., & Hewitt, P. L. (2004). Dimensions of Perfectionism and Anxiety Sensitivity. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 22(1), 39-57. <https://doi.org/10.1023/B:JORE.0000011576.18538.8e>
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2005). The perils of perfectionism in sports and exercise. *Current Directions in Psychological Science*, 14(1), 14-18. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00326.x>
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Besser, A., Su, C., Vaillancourt, T., Boucher, D., ... Gale, O.

- (2016). The Child–Adolescent Perfectionism Scale: Development, Psychometric Properties, and Associations With Stress, Distress, and Psychiatric Symptoms. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 34(7), 634-652. <https://doi.org/10.1177/0734282916651381>
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Cheng, W. M. W. (2008). Perfectionism, distress, and irrational beliefs in high school students: Analyses with an abbreviated survey of personal beliefs for adolescents. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 26(3), 194-205. <https://doi.org/10.1007/s10942-007-0066-1>
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Dyck, D. G. (1989). Self-oriented perfectionism, neuroticism and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 10(7), 731-735. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(89\)90119-0](https://doi.org/10.1016/0191-8869(89)90119-0)
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39. <https://doi.org/10.2307/3151312>
- Franco, K., Díaz, F., Torres, P., Telléz, Y., & Hidalgo-Rasmussen, C. (2014). Internal consistency, test-retest reliability and construct validity of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5(2), 91-97. [https://doi.org/10.1016/S2007-1523\(14\)72004-X](https://doi.org/10.1016/S2007-1523(14)72004-X)
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
- Gelabert, E., García-Esteve, L., Martín-Santos, R., Gutiérrez, F., Torres, A., & Subirà,

- S. (2011). Psychometric properties of the Spanish version of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale in women. *Psicothema*, 23(1), 133-139. <https://doi.org/10.1177/1073191117740204>
- Gentes, E. L., & Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.001>
- Goldberg, D. P., Kruger, R. F., Andrews, G., & Hobbs, M. J. (2009). Emotional disorders: Cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*, 39(12), 2013-2023. <https://doi.org/10.1017/S0033291709990298>
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). <https://doi.org/10.1080/00140130600971135>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis*. New Jersey: Pearson.
- Hair, J. F., Sarstedt, M., Hopkins, L., & Kuppelwieser, V. G. (2014). Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM). *European Business Review*, 26(2), 106-121. <https://doi.org/10.1108/EBR-10-2013-0128>

- Hamid, P. N., & Cheng, S. T. (1996). The development and validation of an index of emotional disposition and mood state: The Chinese Affect Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 56(6), 995-1014. <https://doi.org/10.1177/0013164496056006006>
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... ESEMed-España, G. (2005). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMed-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451. <https://doi.org/10.1157/13086324>
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment. *Oxford Oxford University Press*, 365. <https://doi.org/10.1002/erv.647>
- Haslam, N., Holland, E., & Kuppens, P. (2012). Categories versus dimensions in personality and psychopathology: A quantitative review of taxometric research. *Psychological Medicine*, 42(5), 903-920. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001966>
- Helsen, K., Van den Bussche, E., Vlaeyen, J. W., & Goubert, L. (2013). Confirmatory factor analysis of the Dutch Intolerance of Uncertainty Scale: Comparison of the full and short version. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(1), 21-29. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.02.007>
- Hewitt, P. L., & Dyck, D. G. (1986). Perfectionism, stress, and vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 10(1), 137-142. <https://doi.org/10.1007/BF01173389>
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1990). Perfectionism and depression: A multidimensional analysis. *Journal of Social Behavior and Personality*. *Journal of Social Behavior*

and Personality, 5, 423-438.

- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 276-280. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.105.2.276>
- Hewitt, P. L., Mittelstaedt, W. M., & Flett, G. L. (1990). Self-oriented perfectionism and generalized performance importance in depression. *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research & Practice*, 46(1), 67-73.
- Hill, A. P. (2014). Perfectionistic strivings and the perils of partialling. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 12(4), 302-315. <https://doi.org/10.1080/1612197X.2014.919602>
- Hill, R. D., van Boxtel, M. P. J., Ponds, R., Houx, P. J., & Jolles, J. (2005). Positive affect and its relationship to free recall memory performance in a sample of older Dutch adults from the Maastricht Aging Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(5), 429-435. <https://doi.org/10.1002/gps.1300>
- Hilleras, P. K., Jorm, A. F., Herlitz, A., & Winblad, B. (1998). Negative and Positive Affect among the Very Old: A Survey on a Sample Age 90 Years or Older. *Research on Aging*, 20(5), 593-610. <https://doi.org/10.1177/0164027598205003>
- Iacobucci, D. (2010). Structural equations modeling: Fit Indices, sample size, and advanced topics. *Journal of Consumer Psychology*, 20(1), 90-98. <https://doi.org/10.1016/j.jcps.2009.09.003>

- Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, 107(2), 156-176. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.156>
- Joiner, T. E., Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., & Marquina, G. (1997). Development and factor analytic validation of the SPANAS among women in Spain: (More) cross-cultural convergence in the structure of mood. *Journal of Personality Assessment*, 68(3), 600-615. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6803_8
- Kawamoto, T., & Furutani, K. (2018). The mediating role of intolerance of uncertainty on the relationships between perfectionism dimensions and psychological adjustment/maladjustment among mothers. *Personality and Individual Differences*, 122(October 2017), 62-67. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.10.008>
- Kawamura, K. Y., Hunt, S. L., Frost, R. O., & DiBartolo, P. M. (2001). Perfectionism, anxiety, and depression: Are the relationships independent? *Cognitive Therapy and Research*, 25(3), 291-301. <https://doi.org/10.1023/A:1010736529013>
- Khawaja, N. G., & Armstrong, K. A. (2005). Factor structure and psychometric properties of the frost multidimensional perfectionism scale: Developing shorter versions using an Australian sample. *Australian Journal of Psychology*, 57(2), 129-138. <https://doi.org/10.1080/10519990500048611>
- Khawaja, N. G., & Yu, L. N. H. (2010). QUT Digital Repository : This is the author version published as : This is the author ' s version published as : Khawaja , Nigar G . & Yu , Lai Ngo Heidi (2010) A comparison of the Catalogue from Homo Faber 2007. *Clinical Psychologist*, 14(3), 97-106.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling. Analysis* (Vol. 77). <https://doi.org/10.1038/156278a0>

- Korkmaz, S., Goksuluk, D., & Zararsiz, G. (2014). MVN: An R package for assessing multivariate normality. *The R Journal*, 6(2013), 151-162.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Bagby, M., Carpenter, W. T., & Caspi, A. (2017). Quantitative Classification Running Head: QUANTITATIVE CLASSIFICATION 1, 1-48.
- Krohne, H. W., Egloff, B., Kohlmann, C. W., & Tausch, A. (1996). Untersuchungen mit einer Deutschen version der «Positive and Negative Affect Schedule» (PANAS). *Diagnostica*, 42(2), 139-156. <https://doi.org/10.1037/t49650-000>
- Laboratory, S. P. (s. f.). Resources, The Emotion Regulation Questionnaire. Recuperado 28 de junio de 2017, a partir de <https://spl.stanford.edu/resources>
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Rhéaume, J., Blais, F., Boisvert, J. M., ... Thibodeau, N. (1999). Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behavior Therapy*, 30(2), 191-207. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(99\)80003-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(99)80003-3)
- Laessle, R. G., Kittl, S., Fichter, M. M., & Pirke, K. M. (1988). Cognitive correlates of depression in patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 7(5), 681-686. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198809\)7:5<681::AID-EAT2260070512>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198809)7:5<681::AID-EAT2260070512>3.0.CO;2-N)
- Li, C.-H. (2016). Confirmatory factor analysis with ordinal data: Comparing robust maximum likelihood and diagonally weighted least squares. *Behavior Research Methods*, 48(3), 936-949. <https://doi.org/10.3758/s13428-015-0619-7>
- Liebman, W. M. (1978). Recurrent Abdominal Pain in Children: A Retrospective Survey of 119 Patients. *Clinical Pediatrics*, 17(2), 149-153. <https://doi.org/10.1177/000992287801700208>
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The Relationship

- Between Perfectionism and Psychopathology: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301-1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
- Liu, W., Chen, L., & Tu, X. (2015). Chinese adaptation of Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CCA): A psychometric evaluation in Chinese children. *International Journal of Psychology*, n/a-n/a. <https://doi.org/10.1002/ijop.12233>
- Lopes, P. N., Salovey, P., Côté, S., & Beers, M. (2005). Emotion Regulation Abilities and the Quality of Social Interaction. *Emotion*, 5(1), 113-118. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.5.1.113>
- Lorenzo-Seva, U. (1999). Promin: A method for oblique factor rotation. *Multivariate Behavioral Research*, 34(3), 347-365. https://doi.org/10.1207/S15327906MBR3403_3
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2013). FACTOR 9.2: A Comprehensive Program for Fitting Exploratory and Semiconfirmatory Factor Analysis and IRT Models. *Applied Psychological Measurement*, 37(6), 497-498. <https://doi.org/10.1177/0146621613487794>
- Măgurean, S., Sălăgean, N., & Tudor, B. (2016). Factor structure and Psychometric properties of two short versions of Frost Multidimensional Perfectionism Scale in Romania. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 0, 1-5.
- Mahoney, A. E. J., & McEvoy, P. M. (2012). A transdiagnostic examination of intolerance of uncertainty across anxiety and depressive disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(3), 212-222. <https://doi.org/10.1080/16506073.2011.622130>
- Martin, R. C., Dahlen, E. R., Martin, R. C., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression , anxiety , stress , and anger depression

- , anxiety , stress , and anger. *Personality and Individual Difference*, 39, 1249-1260. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.06.004>
- Matsumoto, D., Yoo, S. H., & Nakagawa, S. (2008). Culture, Emotion Regulation, and Adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(6), 925-937. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.94.6.925>
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (1999). Emotional Intelligence Meets Traditional Standards for an Intelligence. *Intelligence*, 27(4), 267-298. [https://doi.org/10.1016/S0160-2896\(99\)00016-1](https://doi.org/10.1016/S0160-2896(99)00016-1)
- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. J. (2011). Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 112-122. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.010>
- McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behav Res Ther*, 49(3), 186-193. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.12.006>.Rumination
- McNally, R. J., & Lorenz, M. (1987). Anxiety sensitivity in agoraphobics. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 18(1), 3-11. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(87\)90065-6](https://doi.org/10.1016/0005-7916(87)90065-6)
- Meade, A. W., Johnson, E. C., & Braddy, P. W. (2006). the Utility of Alternative Fit Indices in Tests of Measurement Invariance. *Academy of Management Proceedings*, 2006(1), B1-B6. <https://doi.org/10.5465/AMBPP.2006.27182124>
- Meade, A. W., Johnson, E. C., & Braddy, P. W. (2008). Power and Sensitivity of Alternative Fit Indices in Tests of Measurement Invariance. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 568-592. <https://doi.org/10.5465/AMBPP.2006.27182124>
- Meade, A. W., & Lautenschlager, G. J. (2004). A monte-carlo study of confirmatory

- factor analytic tests of measurement equivalence/invariance. *Structural Equation Modeling*, 11(1), 60-72. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM1101_5
- Melka, S. E., Lancaster, S. L., Bryant, A. R., & Rodriguez, B. F. (2011). Confirmatory factor and measurement invariance analyses of the emotion regulation questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 67(12), 1283-1293. <https://doi.org/10.1002/jclp.20836>
- Meredith, W. (1993). Measurement invariance, factor analysis and factorial invariance. *Psychometrika*, 58(4), 525-543. <https://doi.org/10.1007/BF02294825>
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Miranda, R., Fontes, M., & Marroquín, B. (2008). Cognitive content-specificity in future expectancies: Role of hopelessness and intolerance of uncertainty in depression and GAD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 46(10), 1151-1159. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.05.009>
- Morin, A. J. S., Katrin Arens, A., & Marsh, H. W. (2015). A bifactor exploratory structural equation modeling framework for the identification of distinct sources of construct-relevant psychometric multidimensionality. *Structural Equation Modeling*, 23(1), 116-139. <https://doi.org/10.1080/10705511.2014.961800>
- Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46(6), 553-565. <https://doi.org/10.1037/h0054288>
- Naragon-Gainey, K. (2010). Meta-Analysis of the Relations of Anxiety Sensitivity to the Depressive and Anxiety Disorders. *Psychological Bulletin*, 136(1), 128-150. <https://doi.org/10.1037/a0018055>

- Nekanda-Trepka, C. J. S. (1984). Perfectionism and the Threat to Self-Esteem in Clinical Anxiety. *Advances in Psychology*, 21(C), 125-132.
[https://doi.org/10.1016/S0166-4115\(08\)62120-2](https://doi.org/10.1016/S0166-4115(08)62120-2)
- Nerviano, V. J., & Gross, H. W. (1983). Personality types of alcoholics on objective inventories. A review. *Journal of studies on alcohol*, 44(5), 837-51.
<https://doi.org/10.15288/jsa.1983.44.837>
- Norton, P. J. (2005). A psychometric analysis of the Intolerance of Uncertainty Scale among four racial groups. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(6), 699-707.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.08.002>
- Norton, P. J. (2006). Toward a clinically-oriented model of anxiety disorders. *Cognitive behaviour therapy*, 35(2), 88-105. <https://doi.org/10.1080/16506070500441561>
- Norton, P. J., & Mehta, P. D. (2007). Hierarchical model of vulnerabilities for emotional disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(4), 240-254.
<https://doi.org/10.1080/16506070701628065>
- Norton, P. J., & Paulus, D. J. (2017). Transdiagnostic models of anxiety disorder: Theoretical and empirical underpinnings. *Clinical Psychology Review*.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.004>
- Norton, P. J., Sexton, K. A., Walker, J. R., & Ron Norton, G. (2005). Hierarchical model of vulnerabilities for anxiety: Replication and extension with a clinical sample. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(1), 50-63.
<https://doi.org/10.1080/16506070410005401>
- Olatunji, B. O., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2009). Anxiety Sensitivity and the Anxiety Disorders: A Meta-Analytic Review and Synthesis. *Psychological Bulletin*, 135(6), 974-999. <https://doi.org/10.1037/a0017428>
- Oliva-Moreno, J., Montejo, L., & López-Bastida, J. (2006). The Economic Costs Of

Anxiety In Spain Los Costes Económicos De Los Desórdenes De La Ansiedad En España. *Estudios de Economía Aplicada*, 821-836.

Olthuis, J. V., Watt, M. C., & Stewart, S. H. (2014). Anxiety Sensitivity Index (ASI-3) subscales predict unique variance in anxiety and depressive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 115-124. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.04.009>

Peterson, R. A., & Reiss, S. (1987). *Anxiety Sensitivity Index Manual*. Palos Heights: International Diagnostic Systems.

Pineda, D., Martín-Vivar, M., Sandín, B., & Piqueras, J. A. (2018). Factorial invariance and norms of the 30-item shortened-version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS-30). *Psicothema*, 30(2), 1-6. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.276>

Pineda, D., Valiente, R. M., Chorot, P., & Sandín, B. (2018). Invarianza factorial y temporal de la versión española del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(2).

Piqueras, J. A., Martín-Vivar, M., Sandín, B., San Luis, C., & Pineda, D. (2017). The Revised Child Anxiety and Depression Scale: A systematic review and reliability generalization meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 218(15), 153–169. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.022>

Pirbaglou, M., Cribbie, R., Irvine, J., Radhu, N., Vora, K., & Ritvo, P. (2013). Perfectionism, anxiety, and depressive distress: Evidence for the mediating role of negative automatic thoughts and anxiety sensitivity. *Journal of American College Health*, 61(8), 477-483. <https://doi.org/10.1080/07448481.2013.833932>

Popov, S., Janičić, B., & Dinić, B. (2016). Validation of the Serbian Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire (Erq). *Primenjena psihologija*, 9(1), 63-81.

<https://doi.org/10.19090/pp.2016.1.63-81>

- Pozza, A., & Dèttore, D. (2015). Psychometric Evidence of the Italian Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3) in Patients with Anxiety Disorders and Psychosis. *Research in Psychology and Behavioral Sciences*, 3(1), 7-17. <https://doi.org/10.12691/rpbs-3-1-3>
- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00200-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00200-9)
- Purdon, C., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1999). Psychometric properties of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale in a clinical anxiety disorders sample. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1271-1286. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199910\)55:10<1271::AID-JCLP8>3.0.CO;2-A](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199910)55:10<1271::AID-JCLP8>3.0.CO;2-A)
- R Core Team. (2016). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11(2), 141-153. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(91\)90092-9](https://doi.org/10.1016/0272-7358(91)90092-9)
- Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). The expectancy model of fear. En *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107-121).
- Remes, O., Brayne, C., van der Linde, R., & Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behavior*, 6(7). <https://doi.org/10.1002/brb3.497>
- Rhemtulla, M., Brosseau-Liard, P. É., & Savalei, V. (2012). When can categorical variables be treated as continuous? A comparison of robust continuous and categorical SEM estimation methods under suboptimal conditions. *Psychological Methods*, 17(3), 354-373. <https://doi.org/10.1037/a0029315>

- Rodríguez-Carvajal, R., Moreno-Jiménez, B., & Garrosa, E. (2006). Emotion Regulation Questionnaire - Spanish version. Recuperado a partir de <https://spl.stanford.edu/resources>
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1-36.
- Ruiz, M. A., Pardo, A., & Martín, R. S. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del Psicologo*, 31(1), 34-45. <https://doi.org/10.5195/reviberoamer.2003.5609>
- Russell, D. W. (2002). In search of underlying dimensions: The use (and abuse) of factor analysis in Personality and Social Psychology Bulletin. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(12), 1629-1646. <https://doi.org/10.1177/014616702237645>
- Sala, M. N., Molina, P., Ablner, B., Kessler, H., Vanbrabant, L., & van de Schoot, R. (2012). Measurement invariance of the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ). A cross-national validity study. *European Journal of Developmental Psychology*, 9(6), 751-757. <https://doi.org/10.1080/17405629.2012.690604>
- Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination Cognition and Personality*, 9, 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Sandin, B. (2014). El transdiagnóstico como nuevo enfoque en psicología clínica y psiquiatría. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatria de enlace*, (111), 9-13.
- Sandin, B., & Chorot, P. (2009). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandin, & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (2ª, pp. 43-63). Madrid: Mc Graw Hill.
- Sandin, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., & Valiente, R. M. (1999).

- Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Sandín, B., Chorot, P., & McNally, R. J. (2001). Anxiety Sensitivity Index: Normative data and its differentiation from trait anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 39(2), 213-219. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00009-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00009-7)
- Sandín, B., Chorot, P., Olmedo, M., & Valiente, R. M. (2008). Escala de Propensión y Sensibilidad al Asco-Revisada (DPSS-R): Propiedades psicométricas y relación del asco con los miedos y los síntomas obsesivo-compulsivos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 34, 127-168.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. A., & Jiménez, P. (1996). Dimensiones de alexitimia y estados emocionales de ansiedad, depresión e ira. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 17(1), 49-57. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=248583>
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203. <https://doi.org/10.5944/rppc.17.3.11839>
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., & Lostao, L. (2009). Validación Española Del Cuestionario De Preocupación Pswq: Estructura Factorial Y Propiedades Psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 107-122.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., & Pineda, D. (2012). *Cuestionario de Regulación Emocional*.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., Santed, M. A., & Lostao, L. (2004). Dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad: Evidencia confirmatoria de la estructura jerárquica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9(1), 19-33. Recuperado a partir de

<http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3965/3819>

- Sandín, B., Simons, J. S., Valiente, R. M., Simons, R. M., & Chorot, P. (2017). Psychometric properties of the spanish version of The Distress Tolerance Scale and its relationship with personality and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 29(3), 421-428. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.239>
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., & Santed, M. A. (2007). ASI-3: Nueva escala para la evaluación de la sensibilidad a la ansiedad, 12, 91-104.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., & Lostao, L. (2008). SA-45: Forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Pineda, D., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2018). Escala de Síntomas de Trastornos de Ansiedad y Depresión Análisis factorial confirmatorio. En *X CONGRESO DE AEPCP*. Albacete.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Santed, M. A., Pineda, D., & Olmedo, M. (2013). Efecto de la sensibilidad al asco sobre los síntomas hipocondríacos: un estudio prospectivo. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Revista iberoamericana de psicología*, 107, 32-45.
- Sarıçam, H., Erguvan, F. M., Akin, A., & Akça, M. Ş. (2014). The Turkish Short Version of the Intolerance of Uncertainty (IUS-12) Scale: The study of validity and reliability. *Route Educational & Social Science Journal*, 1(3), 148-157.
- Schafer, J. O., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2016). Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. *Journal of Youth and Adolescence*, 1-16. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>
- Sexton, K. A., Norton, P. J., Walker, J. R., & Norton, G. R. (2003). Hierarchical model of generalized and specific vulnerabilities in anxiety. *Cognitive behaviour therapy*,

32(2), 82-94. <https://doi.org/10.1080/16506070302321>

Sexton, K. A., Norton, P. J., Walker, J. R., & Norton, G. R. (2010). Hierarchical Model of Generalized and Specific Vulnerabilities in Anxiety Hierarchical Model of Generalized and Specific, *6073*(April 2013), 37-41. <https://doi.org/10.1080/16506070310000407>

Shafran, R., & Rachman, S. (2004). Thought-action fusion: A review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.04.002>

Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *10*(5), 379-391. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(96\)00018-7](https://doi.org/10.1016/0887-6185(96)00018-7)

Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, *29*(2), 83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>

Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Acton, MA: Copley Publishing Group.

Starcevic, V., & Berle, D. (2006). Cognitive specificity of anxiety disorders: A review of selected key constructs. *Depression and Anxiety*, *23*(1), 51-61. <https://doi.org/10.1002/da.20145>

Stewart, S. H., Taylor, S., & Baker, J. M. (1997). Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, *11*(2), 179-200. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(97\)00005-4](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(97)00005-4)

Stöber, J. (1998). The frost multidimensional perfectionism scale revisited: More perfect with four (instead of six) dimensions. *Personality and Individual Differences*, *24*(4), 481-491. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00207-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00207-9)

Stoeber, J., & Gaudreau, P. (2017). The advantages of partialling perfectionistic

- strivings and perfectionistic concerns: Critical issues and recommendations. *Personality and Individual Differences*. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.08.039>
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1004_2
- Takebayashi, Y., Sasagawa, S., Sugiura, Y., & Sakano, Y. (2012). Development and validation of the Japanese version of the short intolerance of uncertainty scale. *Japanese Journal of Cognitive Therapy*, 5, 179-187.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation*. Cambridge: University Press.
- Taylor, S. (1999). *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Taylor, S., Koch, W. J., & McNally, R. J. (1992). How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders? *Journal of Anxiety Disorders*, 6(3), 249-259. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(92\)90037-8](https://doi.org/10.1016/0887-6185(92)90037-8)
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., ... Cardenas, S. J. (2007). Robust Dimensions of Anxiety Sensitivity: Development and Initial Validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19(2), 176-188. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.2.176>
- Terracciano, A., McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2003). Factorial and construct validity of the Italian Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *European Journal of Psychological Assessment*, 19(2), 131-141. <https://doi.org/10.1027//1015-5759.19.2.131>
- Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological Methods*, 16(2), 209-220.

<https://doi.org/10.1037/a0023353>

- Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2008). Further examination of the relationship between anxiety sensitivity and depression: The mediating role of experiential avoidance and difficulties engaging in goal-directed behavior when distressed. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(2), 199-210. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.03.005>
- Tyrer, P. J. (1989). *Classification of neurosis*. Chichester: Wiley.
- Valladares, a, Dilla, T., & Sacristán, J. (2009). La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. (Spanish). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(1), 49-53. <https://doi.org/200811101227> [pii]
- Vázquez, C., & Sanz, J. (2009). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicosestado del animo. En A. Belloch, B. Sandin, & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (2ª, pp. 234-269). Madrid: Mc Graw Hill.
- Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
- Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., ... Murray, C. J. L. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 386(9995), 743-800. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60692-4)
- Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502>
- Watson, D. (2009). Differentiating the Mood and Anxiety Disorders: A Quadripartite Model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 221-247.

<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153510>

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>

Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a Consensual Structure of Mood. *Psychological Bulletin*. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.219>

West, S. G., Taylor, A. B., & Wu, W. (2012). Model fit and model selection in structural equation modeling. En R. H. Hoyle (Ed.), *Handbook of Structural Equation Modeling* (pp. 209–231). New York: Guilford.

Wheaton, M. G., Deacon, B. J., McGrath, P. B., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2012). Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 401-408. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.002>

Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Degenhardt, L., Feigin, V., & Vos, T. (2015). The global burden of mental, neurological and substance use disorders: An analysis from the global burden of disease study 2010. *PLoS ONE*, 10(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116820>

Widaman, K. F., Ferrer, E., & Conger, R. D. (2010). Factorial invariance within longitudinal structural equation models: Measuring the same construct across time. *Child Development Perspectives*, 4(1), 10-18. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2009.00110.x>

Widiger, T. A., & Clark, L. A. (2000). Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychological Bulletin*, 126(6), 946-963. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.6.946>

Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. New York: Penguin.

- World Health Organization. (2013). *Health 2020: A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century*. World Health Organization.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Wulfert, E., Greenway, D., & Dougher, M. (1996). A Logical Functional Analysis of Reinforcement-Based Disorders: Alcoholism and Pedophilia. *J Consult Clin Psychol*, 64(6), 1140-1151. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1140>
- Zinbarg, R. E., Barlow, D. H., & Brown, T. A. (1997). Hierarchical structure and general factor saturation of the anxiety sensitivity index: Evidence and implications. *Psychological Assessment*, 9(3), 277-284. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.3.277>
- Zinbarg, R. E., Brown, T. A., Barlow, D. H., & Rapee, R. M. (2001). Anxiety sensitivity, panic, and depressed mood: A reanalysis teasing apart the contributions of the two levels in the hierarchical structure of the anxiety sensitivity index. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(3), 372-377. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.110.3.372>
- Weijters, B., Baumgartner, H. & Schillewaet, N. (2013). Reversed item bias: An integrative model. *Psychological Methods*, 18, 320-334.

Table 1.

Descriptive statistics of the sample

	Sample 1	Sample 2
<i>n</i>	997	983
Women (%)	780 (78.2)	768 (78.1)
Age, <i>M</i> (<i>SD</i>)	32.41 (9.56)	33.14 (9.98)
Age range	19-67	18-61
Socioeconomic level, <i>n</i> (%):		
Low	268 (27.0)	256 (26.0)
Medium	623 (62.5)	619 (63.0)
High	106 (11.5)	108 (11.0)
Civil status, <i>n</i> (%):		
Single	550 (55.2)	556 (56.6)
In couple	379 (38.0)	356 (36.2)
Separated / divorced / widowed	68 (6.8)	71 (7.2)

1

Table 2.

Distribution of participants by provinces (n y %)

Province	Sample 1 (n = 997)	Sample 2 (n = 983)
Andalucía	159 (15.95%)	135 (13.73%)
Aragón	83 (8.32%)	61 (6.21%)
Asturias	35 (3.51%)	31 (3.15%)
Baleares	21 (2.11%)	25 (2.54%)
Canarias	47 (4.71%)	47 (4.78%)
Cantabria	18 (1.81%)	16 (1.63%)
Castilla-León	74 (7.42%)	52 (5.29%)
Castilla-La Mancha	53 (5.32%)	93 (9.46%)
Cataluña	43 (4.31%)	48 (4.88%)
Extremadura	16 (1.60%)	33 (3.36%)
Galicia	60 (6.02%)	65 (6.61%)
La Rioja	12 (1.20%)	8 (0.81%)
Madrid	228 (22.87%)	231 (23.50%)
Murcia	29 (2.91%)	26 (2.64%)
Navarra	16 (1.60%)	17 (1.73%)
País Vasco	29 (2.91%)	20 (2.03%)
Valencia	61 (6.12%)	74 (7.53%)
Ceuta	6 (0.60%)	1 (0.10%)
Melilla	7 (0.70%)	0 (0.00%)

Table 3.

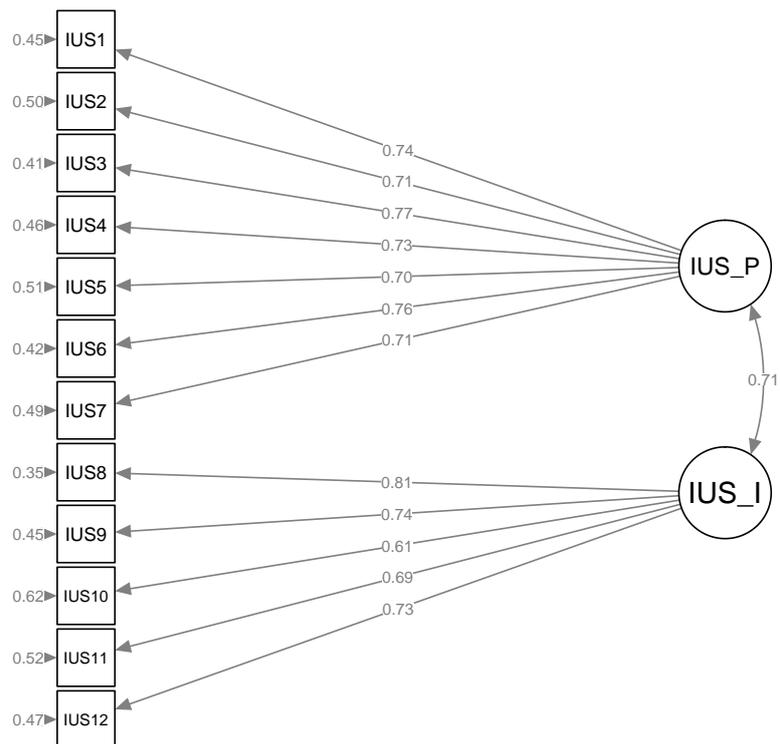
Correlations between Intolerance of uncertainty (IUS-12), and scales measuring psychiatric symptomatology (SA-45), Worries (PSWQ), and Obsessive-compulsive symptoms (PI-WSUR).

	Prospective anxiety	Inhibitory anxiety	Intolerance of uncertainty
SA-45 Psychiatric symptomatology	.36	.50	.46
Psychoticism	.15	.28	.22
Paranoid ideation	.32	.37	.38
Phobic anxiety	.21	.32	.28
Hostility	.21	.27	.26
Anxiety	.30	.41	.38
Depression	.35	.46	.43
Interpersonal sensitivity	.33	.47	.42
Obsessive-compulsive	.32	.47	.42
Somatization	.16	.26	.22
Worries (PSWQ)	.48	.54	.56
Obsessive-compulsive symptoms (PI-WSUR)	.40	.43	.45
Contamination obsessions and washing compulsions	.28	.25	.30
Dressing~grooming compulsions	.23	.19	.24
Checking compulsions	.35	.38	.40
Obsessional thoughts of harm to self/others	.31	.44	.40
Obsessional impulses to harm self/others	.20	.22	.23

Note: all correlations were significant at level $p < .001$.

Figure 1.

Factor structure of the Spanish version of the IUS-12 as obtained with confirmatory factor analysis



CD

Fecha:

Nombre y apellidos.....Edad..... Sexo: __Hombre __Mujer

..

A continuación se indican varias formas de sentirse o de pensar que tiene la gente. Lea cada frase y señale la puntuación entre **0** y **4** que indique mejor cómo se *ha sentido durante las últimas semanas*.

0 <i>Nunca o casi nunca</i>	1 <i>Algunas veces</i>	2 <i>Bastantes veces</i>	3 <i>Muchas veces</i>	4 <i>Siempre o casi siempre</i>
1. Para mí es difícil pasarlo bien y disfrutar cuando estoy con otras personas, como amigos/as, pareja, etc.				0 1 2 3 4
2. Me he sentido fatigado/a o con muy poca energía				0 1 2 3 4
3. Me cuesta mucho disfrutar haciendo cosas, como pasear, leer, viajar, comer, ver alguna película, etc.				0 1 2 3 4
4. No me gusto a mí mismo cómo soy				0 1 2 3 4
5. Me he sentido triste o deprimido/a la mayor parte del día				0 1 2 3 4
6. He sentido que en la vida no hay nada que merezca la pena				0 1 2 3 4
7. Mi apetito ha sido peor que antes				0 1 2 3 4
8. He dormido muy mal o he dormido mucho más de lo que acostumbraba				0 1 2 3 4
9. Me ha costado mucho comenzar alguna actividad o tarea, o tomar decisiones				0 1 2 3 4
10. He pasado gran parte del día llorando o con ganas de llorar				0 1 2 3 4
11. Me he notado muy torpe o lento/a (p.ej., en mi forma de hablar, pensar o moverme)				0 1 2 3 4
12. He pensado que no valgo para nada				0 1 2 3 4
13. He tenido muchos sentimientos de culpabilidad				0 1 2 3 4
14. Me ha resultado difícil pensar o concentrarme en algo				0 1 2 3 4
15. He pensado en terminar con mi propia vida				0 1 2 3 4
16. Me siento desesperanzado/a con respecto al futuro				0 1 2 3 4

DTS

Instrucciones: Piense en los momentos en que se siente angustiado/a, disgustado/a o agobiado/a. Indique para cada una de las afirmaciones el número que mejor describa lo que usted cree acerca de sentirse angustiado o disgustado.

Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Igual de acuerdo que en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	2	3	4	5

Por favor, rodee el número que corresponda para cada afirmación:

1. Sentir angustia o disgusto es para mí insoportable 1 2 3 4 5
2. Cuando estoy angustiado/a o disgustado/a, sólo puedo pensar en lo mal que me siento 1 2 3 4 5
3. Me resulta inaguantable la sensación de angustia o disgusto 1 2 3 4 5
4. Mis sentimientos de angustia son tan intensos que me absorben por completo 1 2 3 4 5
5. No hay nada peor que sentirse angustiado/a o disgustado/a..... 1 2 3 4 5
6. Puedo tolerar estar angustiado/a o disgustado/a tan bien como la mayoría de la gente 1 2 3 4 5
7. Mis sentimientos de angustia o disgusto no son aceptables 1 2 3 4 5
8. Haré cualquier cosa para evitar la sensación de angustia o disgusto 1 2 3 4 5
9. Otras personas parecen ser capaces de tolerar mejor que yo la sensación de angustia o disgusto 1 2 3 4 5
10. Mis sentimientos de angustia o disgusto siempre suponen para mí un reto difícil 1 2 3 4 5
11. Me avergüenzo de mí mismo/a cuando me siento angustiado/a o disgustado/a 1 2 3 4 5
12. Mis sentimientos de angustia o disgusto me asustan 1 2 3 4 5
13. Haré cualquier cosa para dejar de sentirme angustiado/a o disgustado/a 1 2 3 4 5
14. Cuando me siento angustiado/a o disgustado/a, debo hacer algo sobre ello enseguida 1 2 3 4 5
15. Cuando estoy angustiado/a o disgustado/a, en realidad no puedo evitar fijarme en lo mal que me siento 1 2 3 4 5

Clave de corrección de la prueba:

Puede obtenerse una puntuación total de la escala y una puntuación correspondiente a cada una de las cuatro subescalas.

Puntuación en la DTS total:

Tolerancia al estrés: Suma de las puntuaciones en todos los ítems, y dividir por 15.

Puntuaciones en las subescalas:

Tolerancia: Suma de las puntuaciones en los ítems 1, 3 y 5, y dividir por 3.

Valoración: Suma de las puntuaciones en los ítems 6, 7, 9, 10, 11 y 12, y dividir por 6.

Absorción: Suma de las puntuaciones en los ítems 2, 4, y 15, y dividir por 3.

Regulación: Suma de las puntuaciones en los ítems 8, 13, y 14, y dividir por 3.

El rango de puntuaciones es similar en la escala total y en todas las subescalas, variando entre 1 y 5 (el mismo rango que la escala de respuestas a la prueba).

Nota: El ítem 6 se puntúa de forma inversa (1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1).

La escala debe citarse del siguiente modo:

Sandín, B., Simons, J., Valiente, R.M., Simons, R.M., & Chorot, P. (2017). The Distress Tolerance Scale: Psychometric properties of the Spanish version and its relationship with personality and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 29(3), 421-428.

Emotion Regulation Questionnaire (adaptado de la versión ERQ de Gross y John, 2003)

Refiriéndose a forma en que usted suele experimentar sus emociones, por favor indique hasta qué punto está o no de acuerdo con lo que se indica en cada enunciado. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas.

- 1 = totalmente en desacuerdo
- 2 = bastante en desacuerdo
- 3 = algo desacuerdo
- 4 = ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 5 = algo de acuerdo
- 6 = bastante de acuerdo
- 7 = totalmente de acuerdo

1. Controlo mis emociones cambiando la forma de pensar acerca de la situación en que estoy
2. Cuando quiero sentir una emoción menos negativa, cambio la manera en que estoy pensando sobre la situación
3. Cuando quiero sentir una emoción más positiva, cambio la manera en que estoy pensando sobre la situación
4. Cuando quiero sentir una emoción más positiva (como alegría o diversión), cambio lo que estoy pensando
5. Cuando quiero sentir una emoción menos negativa (como tristeza o ira), cambio lo que estoy pensando.
6. Cuando me enfrento ante una situación estresante, trato de pensar sobre ello de forma que me ayude a mantener la calma
7. Controlo mis emociones no expresándolas
8. Cuando siento emociones negativas, me aseguro de no expresarlas
9. Guardo mis emociones para mí mismo/a
10. Cuando siento emociones positivas, me aseguro de no expresarlas

Traducción española: B. Sandín, P. Chorot, R.M. Valiente y D. Pineda (2012). Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid.

Reevaluación (reappraisal) = 1-6

Supresión (supresión) = 7-9

ESTAD

Escala de Síntomas de Trastornos de Ansiedad y Depresión

Instrucciones: A continuación se indica una lista de frases en las que se describen pensamientos y emociones que suele tener la gente en diversos momentos. Por favor conteste a cada frase seleccionando la respuesta que mejor refleje la FRECUENCIA CON QUE LE OCURRE A USTED lo que se indica en cada una de las frases referido a las ÚLTIMAS SEMANAS.

Por favor, lea cada frase con atención y conteste con la máxima sinceridad.

0	1	2	3	4
Nunca	Sólo alguna vez	Varias veces	Bastantes veces	Muchas veces

1. Me produce mucho miedo viajar solo/a en transporte público (autobús, tren, etc.)	0	1	2	3	4
2. Temo o me preocupa sufrir algún ataque de angustia (ataque de pánico o de ansiedad)	0	1	2	3	4
3. Siento mucha ansiedad y preocupación por muchas cosas que no puedo controlar	0	1	2	3	4
4. Me siento muy nervioso/a cuando tengo que hablar a un grupo de personas (p.ej., en una reunión, en una clase, etc.)	0	1	2	3	4
5. Me preocupa mucho que pueda tener una enfermedad grave	0	1	2	3	4
6. Me preocupo obsesivamente por la suciedad, los gérmenes o la contaminación	0	1	2	3	4
7. Suelo sentirme muy triste o deprimido/a	0	1	2	3	4
8. Me dan miedo los lugares públicos, como la calle, las plazas, los parques u otros lugares similares	0	1	2	3	4
9. De repente tengo sensación de no poder respirar y siento mucho miedo o malestar	0	1	2	3	4
10. Me preocupo excesivamente por cosas poco importantes y no puedo controlarlo	0	1	2	3	4
11. Me pongo nervioso/a si tengo que entrar en una sala donde hay muchas personas ya sentadas	0	1	2	3	4
12. Me preocupa mucho que pueda adquirir una enfermedad grave	0	1	2	3	4
13. Me obsesiona en exceso que algo malo pueda ocurrir por haber olvidado cosas importantes, como cerrar con llave la puerta o apagar los aparatos eléctricos	0	1	2	3	4
14. He perdido el interés por las cosas	0	1	2	3	4
15. Siento miedo cuanto tengo que hacer cola o estoy entre mucha gente	0	1	2	3	4
16. De repente mi corazón late rápidamente y siento mucho miedo o malestar	0	1	2	3	4
17. Cuando me preocupo en exceso por las cosas me siento muy nervioso/a	0	1	2	3	4
18. Me produce miedo ir a una fiesta y relacionarme con los asistentes	0	1	2	3	4
19. Pensar en mi salud me produce mucha ansiedad	0	1	2	3	4
20. Lavo obsesivamente las manos con mucha frecuencia	0	1	2	3	4
21. Me siento una persona inútil o tremendamente culpable	0	1	2	3	4
22. Los recintos cerrados con gente me producen mucho miedo (p.ej., cines, teatros, centros comerciales, etc.)	0	1	2	3	4
23. De repente me siento muy asustado/a sin saber porqué	0	1	2	3	4
24. Suelo preocuparme en exceso por muchas cosas, como la salud, la familia, la economía, el trabajo, los amigos, etc.	0	1	2	3	4
25. Me dan mucho miedo las citas o hablar con personas del otro sexo	0	1	2	3	4
26. Me siento alarmado/a por el estado de mi salud	0	1	2	3	4
27. Limpio constantemente y con cierta obsesión las cosas que me rodean	0	1	2	3	4
28. Últimamente ha disminuido mucho mi apetito, o como excesivamente	0	1	2	3	4
29. Siento muchísimo miedo cuando estoy solo/a fuera de casa	0	1	2	3	4
30. De repente empiezo a temblar o a agitarme y me asusto sin saber porqué	0	1	2	3	4
31. Cuando me preocupo en exceso por las cosas suelo sentir ansiedad y otras sensaciones	0	1	2	3	4

como impaciencia, irritabilidad o inquietud					
32. Me asusta hablar con desconocidos o con personas de autoridad (profesor, jefe, etc.)	0	1	2	3	4
33. Evito en lo posible visitar al médico por mi salud	0	1	2	3	4
34. Chequeo obsesivamente las cosas una y otra vez (p.ej., comprobar que la puerta esté cerrada con llave, que estén apagados los aparatos eléctricos, etc.)	0	1	2	3	4
35. Siento mucho miedo cuando estoy en espacios abiertos como mercados, puentes o zonas de estacionamiento	0	1	2	3	4
36. De repente me asusto y tengo mareos o vértigos sin razón aparente	0	1	2	3	4
37. Cuando me preocupo en exceso por las cosas suelo sentir ansiedad y otras sensaciones como fatiga, tensión muscular o alteraciones del sueño	0	1	2	3	4
38. Chequeo repetidamente mi cuerpo para ver si detecto algún signo de enfermedad					
39. Repito de forma obsesiva ciertas cosas para así sentirme mejor (p.ej., repetir números o palabras en silencio, ordenar cosas, hacer cierto ritual, etc.)	0	1	2	3	4
40. Últimamente he tenido ideas de suicidarme (suicidio)	0	1	2	3	4
41. Temo o me preocupa sentirme de repente asustado/a sin razón aparente	0	1	2	3	4
42. Me produce mucho miedo cuando otras personas me observan	0	1	2	3	4
43. Me da miedo y me obsesiona que pueda perder algo muy importante	0	1	2	3	4
44. Me siento fatigado/a y sin energía	0	1	2	3	4
45. Tengo pensamientos, imágenes o impulsos horribles, absurdos o repugnantes	0	1	2	3	4

© 2013 B. Sandín, R.M. Valiente, y P. Chorot (Universidad Nacional de Educación a Distancia)

Clave de corrección (se suman las puntuaciones asignadas a los ítems correspondientes):

Agorafobia (AG): 1, 8, 15, 22, 29, 35.
Trastorno de pánico (TP): 9, 16, 23, 30, 36, 41.
Trastorno de ansiedad generalizada (TAG): 3, 10, 17, 24, 31, 37.
Fobia social (FS): 4, 11, 18, 25, 32, 42.
Trastorno de ansiedad a la enfermedad (TAE): 5, 12, 19, 26, 33, 38.
Trastorno depresivo mayor (TDM): 7, 14, 21, 28, 40, 44.
Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC): 6, 13, 20, 27, 34, 39, 43, 45.

El ítem 2 evalúa de forma independiente el temor/preocupación de sufrir AP.

Rango puntuaciones:

Puntuación total cuestionario: 0 – 180

Puntuación escalas 1-6: 0 – 24

Puntuación escala TOC: 0 – 32

FMPS

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE PERFECCIONISMO (Frost et al., 1990)

Instrucciones: A continuación, encontrarás una lista de afirmaciones que describen diversos modos de ser de las personas. Por favor, indica en qué medida estás de acuerdo con cada una de esas afirmaciones aplicada a ti mismo/a, a tu forma de ser habitual, a tus experiencias. Por favor, ponga un círculo alrededor del número que mejor corresponda a su grado de acuerdo en cada ítem. Utilice la clasificación siguiente:

Por favor, lea cada frase con atención y conteste con la máxima sinceridad.

1	2	3	4	5
En total desacuerdo	Un poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

1. Mis padres me pusieron metas muy altas	1	2	3	4	5
2. Para mí, es muy importante que todo esté organizado	1	2	3	4	5
3. De niño me castigaban por no hacer las cosas perfectas	1	2	3	4	5
4. Si no me pongo las metas más altas, seguramente acabaré siendo un segundón	1	2	3	4	5
5. Mis padres nunca intentaron entender mis errores	1	2	3	4	5
6. Para mí es importante ser muy competente en todo lo que hago	1	2	3	4	5
7. Soy una persona cuidadosa	1	2	3	4	5
8. Intento ser organizado	1	2	3	4	5
9. Si fracaso en el trabajo/estudios, soy un fracasado	1	2	3	4	5
10. Debería sentirme mal si cometo un error	1	2	3	4	5
11. Mis padres querían que fuera el mejor en todo	1	2	3	4	5
12. Me pongo metas más altas a mí mismo que la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
13. Si alguien hace una tarea en el colegio/trabajo mejor que yo, siento como si hubiera fracasado totalmente en esa tarea	1	2	3	4	5
14. Fracasar en parte es tan malo como fracasar en todo	1	2	3	4	5
15. En mi familia sólo se acepta un rendimiento sobresaliente	1	2	3	4	5
16. Se me da muy bien concentrar mis esfuerzos en alcanzar una meta	1	2	3	4	5
17. Incluso cuando hago algo con mucho cuidado, a menudo me parece que no está bien del todo	1	2	3	4	5
18. Odio no llegar a ser el mejor en todo lo que hago	1	2	3	4	5
19. Tengo metas extremadamente altas	1	2	3	4	5
20. Mis padres esperaban de mí la excelencia, lo mejor	1	2	3	4	5
21. Seguramente la gente me apreciará menos si cometo un error	1	2	3	4	5
22. Nunca me he sentido capaz de lograr lo que mis padres esperaban de mí	1	2	3	4	5
23. Si no hago las cosas tan bien como los demás, significa que soy un ser humano inferior	1	2	3	4	5
24. Los demás parecen conformarse con metas más bajas que las mías	1	2	3	4	5
25. Si no hago las cosas siempre bien, la gente no me respetará	1	2	3	4	5
26. Mis padres siempre han tenido expectativas más altas sobre mi futuro que yo mismo	1	2	3	4	5
27. Intento ser una persona cuidadosa	1	2	3	4	5
28. Normalmente tengo dudas sobre las pequeñas cosas que hago cada día	1	2	3	4	5
29. La pulcritud es muy importante para mí	1	2	3	4	5
30. Espero rendir mejor en mis tareas diarias que la mayoría de la gente	1	2	3	4	5

31. Soy una persona organizada	1	2	3	4	5
32. Tiendo a retrasarme en mi trabajo porque repito las cosas una y otra vez	1	2	3	4	5
33. Me cuesta mucho tiempo hacer algo "bien"	1	2	3	4	5
34. Cuantos menos errores cometa, más gustaré a los demás	1	2	3	4	5
35. Nunca me he sentido capaz de llegar a alcanzar el nivel de mis padres	1	2	3	4	5

©Versión española de Carrasco, Belloch y Perpiñá, 2010.

Publicado en: Análisis y Modificación de Conducta, 2010, vol. 36, no 153

Clave de corrección (se suman las puntuaciones asignadas a los ítems correspondientes):

Exigencias personales:	4, 6, 12, 16, 19, 24, 30.
Preocupación por los errores:	9, 10, 13, 14, 18, 21, 23, 25, 34.
Dudas sobre acciones:	17, 28, 32, 33.
Expectativas paternas:	1, 11, 15, 20, 26.
Críticas paternas:	3, 5, 22, 35.
Organización:	2, 7, 8, 27, 29, 31.

Intolerance of Uncertainty Scale-12 (IUS-12)

Las frases de esta escala tienen que ver con formas de reaccionar que tiene la gente ante situaciones ambiguas, situaciones de incertidumbre, y sucesos futuros. Por favor indique hasta qué punto es característico en usted lo que se indica en cada frase. Tenga en cuenta que no hay respuestas buenas ni malas.

- 1 = No es en absoluto característico en mí
- 2 = Es poco característico en mí
- 3 = Es bastante característico en mí
- 4 = Es muy característico en mí
- 5 = Es totalmente característico en mí

Ansiedad prospectiva

- 1. Los imprevistos me molestan mucho
- 2. Es frustrante para mí no tener toda la información que necesito
- 3. Se debería prever todo para evitar las sorpresas
- 4. Un pequeño imprevisto puede arruinarlo todo, incluso con la mejor planificación
- 5. Quiero saber siempre qué me depara el futuro
- 6. No soporto que me cojan por sorpresa
- 7. Debería ser capaz de organizar todo de antemano

Ansiedad inhibitoria

- 8. La incertidumbre me impide disfrutar plenamente de la vida
- 9. Cuando llega el momento de actuar, la incertidumbre me paraliza
- 10. Cuando estoy indeciso/a no puedo funcionar muy bien
- 11. La más mínima duda me puede impedir actuar
- 12. Debo alejarme de toda situación incierta

Versión española de la IUS-12 (Carleton et al., 2007) de B. Sandín, R.M. Valiente, P. Chorot y D. Pineda (2012). Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid.

PANAS

Identificación..... Edad..... Sexo..... Fecha.....

A continuación se indican diversos sentimientos y emociones que suele experimentar la gente. Lea cada uno de ellos y, refiriéndolo a usted, conteste indicando como suele sentirse **habitualmente**:

Habitualmente (en general) suelo sentirme:

	<i>Nada o casi nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho o muchísimo</i>
1. Interesado/a (que muestro interés por la gente o las cosas)					
2. Estresado/a, con sentimiento de malestar o agobio					
3. Emocionado/a, animado/a					
4. Disgustado/a, molesto/a					
5. Enérgico/a, con vitalidad					
6. Culpable					
7. Asustado/a					
8. Enojado/a, hostil					
9. Entusiasmado/a					
10. Orgullosa/a (de algo), satisfecho/a					
11. Irritable, malhumorado/a					
12. Alerta (despierto/a), despejado/a					
13. Avergonzado/a					
14. Inspirado/a					
15. Nervioso/a					
16. Decidido/a, atrevido/a					
17. Atento/a o consciente (pongo atención)					
18. Intranquilo/a o inquieto/a					
19. Activo/a					
20. Temeroso/a, con miedo					

© 1988 Watson, Clark & Tellegen, American Psychological Association, Inc. Versión española B. Sandín, UNED, Madrid. Traducido y reproducido con permiso.

Nota. El cuestionario puede utilizarse para cualquier periodo temporal, que debe especificarse en las instrucciones (momento actual, hoy, días pasados, semana pasada, semanas pasadas, año, o en general).

Corrección de la prueba: 1 = nada o casi nada, 2 = un poco, 3 = moderadamente, 4 = bastante, 5 = mucho o muchísimo.

Afecto positivo: 1, 3, 5, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 19

Afecto negativo: 2, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 18, 20

Para citar la escala deben incluirse las siguientes referencias:

El cuestionario está publicado en:

Sandín, B., Valiente, R.M., y Chorot, P. (2008). Instrumentos para la evaluación del estrés psicosocial. En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas* (pp. 275-358). Madrid: Klinik.

Validación:

Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A., y Valiente, R.M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.

PI-WSUR

Las siguientes frases se refieren a **pensamientos** y **comportamientos** que pueden ocurrirnos todos los días en nuestra vida diaria. Por favor, indique el grado de perturbación o malestar que le produce cada una de las conductas o pensamientos que se indican.

Para ello, rodee con un círculo el número que corresponda.

	(0) Nada	(1) Un poco	(2) Bastante	(3) Mucho	(4) Muchísimo
1. Cuando toco dinero, siento que mis manos están sucias	0	1	2	3	4
2. Pienso que un contacto, incluso leve, con secreciones corporales (sudor, saliva, orina, etc.) puede contaminar mis ropas o perjudicarme de alguna manera	0	1	2	3	4
3. Me resulta difícil tocar cosas si sé que extraños o ciertas personas lo han tocado antes	0	1	2	3	4
4. Me resulta difícil tocar basura o cosas sucias	0	1	2	3	4
5. Evito utilizar los aseos públicos por temor a la enfermedad y la contaminación	0	1	2	3	4
6. Evito utilizar los teléfonos públicos por temor al contagio y la enfermedad	0	1	2	3	4
7. Me lavo las manos más veces y durante más tiempo de lo necesario	0	1	2	3	4
8. A veces tengo que lavarme o limpiarme simplemente por creer que pueda estar sucio o contaminado	0	1	2	3	4
9. Si toco alguna cosa que creo está "contaminada", inmediatamente tengo que lavarme o limpiarme	0	1	2	3	4
10. Si me toca un animal, me siento sucio/a y debo lavarme o cambiarme de ropa inmediatamente	0	1	2	3	4
11. Me siento obligado/a a seguir un orden concreto al vestirme, desvestirme y lavarme	0	1	2	3	4
12. Antes de irme a dormir, tengo que hacer ciertas cosas en un cierto orden	0	1	2	3	4
13. Antes de irme a la cama, tengo que colgar o doblar mi ropa de una forma especial					
14. Tengo que hacer las cosas varias veces antes de darlas por bien hechas					
15. Tengo tendencia a verificar las cosas más a menudo de lo necesario					
16. Reviso una y otra vez las llaves del gas y el agua y los interruptores de la luz después de haberlos cerrado o apagado	0	1	2	3	4
17. Vuelvo a casa a revisar las puertas, ventanas, cajones, etc. para asegurarme que están bien cerrados	0	1	2	3	4
18. Repaso continuamente y con detalle los formularios, documentos, cheques, etc. para estar seguro de que los he rellenado correctamente	0	1	2	3	4
19. Reviso una y otra vez que las cerillas, los cigarrillos, etc. estén bien apagados	0	1	2	3	4
20. Cuando manejo dinero, lo cuento y recuento varias veces	0	1	2	3	4
21. Repaso las cartas cuidadosamente muchas veces antes de echarlas al correo	0	1	2	3	4
22. A veces dudo haber hecho cosas incluso sabiendo que las he hecho	0	1	2	3	4
23. Imagino consecuencias catastróficas debidas a mis despistes o a pequeños errores que haya cometido	0	1	2	3	4
24. Pienso o me preocupo mucho sobre haber hecho daño a alguien sin saberlo	0	1	2	3	4
25. Cuando me entero de algún desastre, pienso que en parte ha sido por mi culpa	0	1	2	3	4
26. A veces me preocupo mucho y sin motivo de haberme causado daño a mí mismo o de tener alguna enfermedad	0	1	2	3	4
27. Cuando leo, tengo la impresión de haberme saltado algo importante y necesito volver atrás y releer el pasaje al menos dos o tres veces	0	1	2	3	4
28. Cuando miro por encima de un puente o de una ventana alta, siento el impulso de arrojarme al vacío	0	1	2	3	4
29. Cuando veo un tren acercarse, a veces pienso que podría arrojarme bajo sus ruedas	0	1	2	3	4
30. En ciertos momentos me siento tentado/a a quitarme la ropa en público	0	1	2	3	4
31. Cuando conduzco a veces siento el impulso de atropellar algo o a alguien	0	1	2	3	4
32. Ver armas me altera y me hace tener pensamientos violentos	0	1	2	3	4

33. Ver cuchillos, puñales y otros objetos punzantes me produce malestar y preocupación	0	1	2	3	4
34. A veces siento la necesidad de romper o estropear cosas sin razón	0	1	2	3	4
35. A veces tengo el impulso de robar cosas de otras personas, incluso aunque no me sean útiles	0	1	2	3	4
36. A veces siento la tentación casi irresistible de robar algo del supermercado	0	1	2	3	4
37. A veces tengo el impulso de hacer daño a niños o animales indefensos	0	1	2	3	4
38. Cuando oigo algo sobre un suicidio o un delito, me quedo perturbado/a durante largo tiempo y me resulta difícil dejar de pensar en ello	0	1	2	3	4
39. Invento preocupaciones inútiles sobre gérmenes y enfermedades	0	1	2	3	4

Clave de corrección:

Contaminación: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.
 Vestirse: 11, 12, 13.
 Comprobación: 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 27.
 Pensamientos obsesivos: 23, 24, 25, 26, 33, 38, 39.
 Impulsos obsesivos: 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37.

PSWQ-11

A continuación encontrará una lista de 11 enunciados relacionados con formas de sentir que tiene la gente. Lea detenidamente cada uno de ellos y, **aplicándolo a usted**, conteste rodeando con un círculo el número que mejor se ajuste a su forma de sentir habitual. Tenga en cuenta que existe un rango posible de respuesta que oscila entre **1** y **5**, es decir:

1	2	3	4	5
No es en absoluto típico en mí				Es muy típico en mí

Así por ejemplo, si estima que lo que dice un enunciado no es nada típico en Vd., debería rodear el número **1**; pero si cree que es poco típico en usted, entonces debe rodear el número **2**; si considera que es relativamente típico en usted deberá rodear el número **3**; si es bastante típico, marque el número **4**; finalmente, si es muy típico en usted, rodee el número **5**. No piense demasiado cada frase. Conteste lo que a primera vista crea que es lo que mejor le define.

1. Me agobian mis preocupaciones	1	2	3	4	5
2. Son muchas las circunstancias que hacen que me sienta preocupado/a	1	2	3	4	5
3. Sé que no debería estar tan preocupado/a por las cosas, pero no puedo hacer nada por evitarlo	1	2	3	4	5
4. Cuando estoy bajo estados de tensión tiendo a preocuparme muchísimo	1	2	3	4	5
5. Siempre estoy preocupado/a por algo	1	2	3	4	5
6. Tan pronto como termino una tarea, enseguida empiezo a preocuparme..... sobre alguna otra cosa que debo hacer	1	2	3	4	5
7. Toda mi vida he sido una persona muy preocupada	1	2	3	4	5
8. Soy consciente de que me he preocupado excesivamente por las cosas	1	2	3	4	5
9. Una vez que comienzan mis preocupaciones no puedo detenerlas	1	2	3	4	5
10. Estoy preocupado/a constantemente	1	2	3	4	5
11. Cuando tengo algún proyecto no dejo de preocuparme hasta haberlo efectuado	1	2	3	4	5

Clave de corrección:

Se obtiene una puntuación total de preocupación sumando las puntuaciones obtenidas en todos los ítems.

Reproducido con permiso de Sandín, y Chorot (1995, p. 97).

Sandín, B., y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología*, Vol. 2 (pp. 53-80). Madrid: McGraw-Hill.

Validación en:

Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., y Lostao, L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: Estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 107-122.

SA-45 Español (SCL-90 short form)

Código: _____

Fecha: _____

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre en alguna ocasión.

Indique cuánto ha experimentado cada uno de ellos durante los últimos 7 días (incluido el día de hoy) rodeando con un círculo el número que corresponda.

Para ello tenga en cuenta la siguiente valoración:

0	1	2	3	4
<i>Nada en absoluto</i>	<i>Un poco presente</i>	<i>Moderada- damente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho o ex- tremadamente</i>

1. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
2. Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
3. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
4. Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
5. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas	0	1	2	3	4
6. Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
7. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
8. Miedo a salir de casa solo/a	0	1	2	3	4
9. Sentirse solo/a	0	1	2	3	4
10. Sentirse triste	0	1	2	3	4
11. No sentir interés por las cosas	0	1	2	3	4
12. Sentirse nervioso o con mucha ansiedad	0	1	2	3	4
13. Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	0	1	2	3	4
14. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
15. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
16. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0	1	2	3	4
17. Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
18. Dolores musculares	0	1	2	3	4
19. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
20. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
21. Tener dificultades para tomar decisiones	0	1	2	3	4
22. Sentir miedo a viajar en autobús, metro o tren	0	1	2	3	4
23. Sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
24. Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo	0	1	2	3	4

SA-45 Español (SCL-90 short form)

25. Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
26. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
27. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
28. Tener dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
29. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
30. Sentirse preocupado/a, tenso/a o agitado/a	0	1	2	3	4
31. Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
32. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	1	2	3	4
33. Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
34. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
35. Tener ganas de romper algo	0	1	2	3	4
36. Sentirse muy cohibido/a entre otras personas	0	1	2	3	4
37. Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc.)	0	1	2	3	4
38. Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
39. Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
40. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros	0	1	2	3	4
41. Sentirse inquieto/a o intranquilo/a	0	1	2	3	4
42. La sensación de ser un/a inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
43. Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
44. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara	0	1	2	3	4
45. La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados	0	1	2	3	4

Skalenzuordnung und Vergleichswerte

Clave de corrección:

Hostilidad:	7, 34, 35, 39, 43;
Somatización:	18, 23, 26, 29, 31;
Depresión:	9, 10, 11, 27, 42;
Obsesión-compulsión:	16, 20, 21, 25, 28;
Ansiedad:	6, 12, 30, 38, 41;
Sensibilidad interpersonal:	14, 15, 17, 32, 36;
Ansiedad fóbica:	3, 8, 22, 24, 37;
Ideación paranoide:	2, 5, 19, 40, 44;
Psicoticismo:	1, 4, 13, 33, 45

Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) obtenidas en las diferentes escalas del SA-45 en función de los grupos de varones ($N= 97$) y mujeres ($N= 323$)

(Tabelle aus: B. Sandín, R. M. Valiente, P. Chorot, M.I A. Santed, L. Lostao (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90, *Psicothema* 20, 2, pp. 290-296.)

SA-45 (escalas: 0-20)	Total Media (DT)	Varones Media (DT)	Mujeres Media (DT)	F(1,481)	η^2
Depresión	5,32 (4,4)	04,59 (3,8)	05,49 (4,5)	2,11*	0,01
Hostilidad	2,79 (3,4)	02,78 (3,1)	02,80 (3,5)	0,01*	0,00
Sensibilidad interpersonal	5,67 (4,5)	04,61 (4,0)	05,92 (4,6)	4,32*	0,02
Somatización	4,26 (3,7)	03,78 (3,1)	04,37 (3,8)	1,27*	0,01
Ansiedad	3,56 (3,8)	02,81 (3,2)	03,74 (3,9)	3,10a	0,01
Psicoticismo	1,70 (2,2)	01,64 (2,1)	01,71 (2,3)	0,06*	0,00
Obsesión-Compulsión	5,53 (3,7)	05,65 (3,8)	05,51 (3,7)	0,10*	0,00
Ansiedad fóbica	1,83 (2,5)	01,26 (1,8)	01,96 (2,7)	3,82*	0,02
Ideación paranoide	4,53 (3,7)	04,40 (3,6)	04,56 (3,7)	0,10*	0,00
SA-45-total (rango 0-180)	35,6 (25,6)	31,1 (22,5)	36,9 (26,3)	3,67*	0,01

TAS-20

Código..... Edad..... Sexo: (Varón___ Mujer___)

Instrucciones: Los siguientes enunciados se refieren a formas de ser de la gente. Lea cada uno de ellos y conteste rodeando con un círculo el número que mejor indique el grado con que está de acuerdo al aplicarlo a su forma de ser en general. Utilice el siguiente criterio:

1 = nada de acuerdo; 2 = algo de acuerdo; 3 = bastante de acuerdo; 4 = Muy de acuerdo; 5 = totalmente de acuerdo

-
1. A menudo me resulta confuso saber qué emoción estoy experimentando1 2 3 4 5
 2. Me es difícil encontrar las palabras adecuadas para expresar mis sentimientos1 2 3 4 5
 3. Tengo sensaciones físicas que ni siquiera los médicos comprenden1 2 3 4 5
 4. Soy capaz de describir mis sentimientos con facilidad.....1 2 3 4 5
 5. Prefiero analizar los problemas mejor que relatarlos (describirlos).....1 2 3 4 5
 6. Cuando tengo un disgusto no sé si estoy triste, asustado/a o enfadado/a1 2 3 4 5
 7. A menudo me encuentro confuso/a (perplejo/a) por las sensaciones de mi cuerpo 1 2 3 4 5
 8. Prefiero dejar que las cosas ocurran, mejor que tratar de comprender porqué sucedieron de tal o cual forma.....1 2 3 4 5
 9. Tengo sentimientos que no puedo identificar muy bien1 2 3 4 5
 10. Creo que sentir las emociones es fundamental.....1 2 3 4 5
 11. Me resulta difícil describir como me siento con las personas1 2 3 4 5
 12. La gente me pide que describa mejor mis sentimientos.....1 2 3 4 5
 13. No sé qué está ocurriendo dentro de mí.....1 2 3 4 5
 14. A menudo no sé porqué estoy enfadado/a1 2 3 4 5
 15. Prefiero hablarle a los demás de sus actividades cotidianas antes que de sus sentimientos1 2 3 4 5
 16. Prefiero ver programas de entretenimiento mejor que dramas psicológicos1 2 3 4 5
 17. Me resulta difícil revelar mis sentimientos más íntimos, incluso a los amigos cercanos1 2 3 4 5
 18. Puedo sentirme muy cerca de alguien, incluso en momentos de silencio.....1 2 3 4 5
 19. Me resulta útil examinar mis sentimientos a la hora de resolver problemas personales1 2 3 4 5
 20. Buscar significados ocultos en las películas (cine o TV) altera el placer de verlas1 2 3 4 5
-

Nota. Reproducido con permiso de: Sandín, B., Valiente, R.M. y Chorot, P. (2008). Instrumentos para la evaluación del estrés psicosocial. En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas* (2ª ed.). Madrid: Klinik.

Anexo III: Instrucciones Participantes

COLABORACIÓN EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DEL EQUIPO DE PSICOPATOLOGÍA DE LA UNED

CURSO 201X/201X

Invitación e instrucciones

Invitación

Estimado alumno/a,

El Grupo de Investigación de Psicopatología de la UNED (GI55) le invita a colaborar en un proyecto de investigación sobre reacciones emocionales. La colaboración consiste en:

(1) Contestar ahora a un protocolo (PX-201X) que incluye varios cuestionarios psicológicos centrados en la evaluación de diversas reacciones emocionales que suelen ser más o menos comunes en la gente; el protocolo es fácil de cumplimentar. (2) Contestar a un segundo protocolo (PX-201X) similar al anterior, aunque más breve (sobre este segundo protocolo se notificará oportunamente, si bien se prevee que su cumplimentación será justo después de la celebración de los exámenes de junio).

La colaboración es totalmente voluntaria y será considerada como participación en una actividad práctica de la asignatura de Psicopatología. Se compensará al alumno que colabore asignando un punto a su calificación final en dicha asignatura. El punto se sumará a la nota obtenida a partir del apto (de forma similar a como se procede con la nota de prácticas). Esta nota es independiente de la nota de prácticas (PEC), por lo que un alumno podrá incrementar su nota final en dos puntos (un punto por la nota de prácticas y un punto por su colaboración en el estudio).

*Para que la colaboración se considere válida, el protocolo PX-201X deber ser cumplimentado antes del **20 de enero de 201X**, inclusive (se aconseja a los alumnos que vayan a participar que cumplimenten el protocolo lo antes posible, antes de que se acerque el periodo de exámenes de febrero). La fecha y modo de cumplimentación del segundo protocolo se comunicará en su momento. Deben ser cumplimentados todos los cuestionarios de los protocolos correctamente: no serán válidos los protocolos contestados de forma incompleta o con errores importantes – i.e., protocolos que deban ser anulados.*

Al finalizar el estudio se proporcionará información más detallada sobre la investigación a todos los participantes y se les pedirá un breve comentario sobre el mismo.

Al registrarse en la web de la investigación, el alumno acepta las condiciones del estudio y da su consentimiento informado, comprometiéndose a proporcionar de forma veraz los datos que se piden en la etapa de registro y a cumplimentar con sinceridad los diferentes cuestionarios de que consta el protocolo. La veracidad y sinceridad de los datos proporcionados son absolutamente esenciales para la validez de la información obtenida. Los datos personales que se piden durante el registro nos permiten realizar el estudio tratando la información de forma colectiva en función de los diferentes parámetros como la edad, el sexo, el estado civil, etc., quedando garantizada la confidencialidad y el anonimato de acuerdo con la ley de protección de datos. Los datos no se tratarán en ningún caso de forma individual por lo que nadie podrá tener acceso a los datos personales del alumno (nótese que en la aplicación no se piden datos personales como el nombre, los apellidos o el nº del DNI).

Saludos y gracias por la colaboración, Equipo de Psicopatología

Instrucciones

El acceso a la aplicación y la cumplimentación del protocolo requiere llevar a cabo los siguientes pasos:

(1) **Acceso a la web del proyecto.** Puede utilizarse cualquiera de estas dos direcciones

<http://www.disgust.es/> <http://www.uned.es/disgust/>

(Aunque puede utilizarse cualquier navegador, con Windows se aconseja utilizar FireFox):

(2) **Acceso a la página de registro.** Para ello hay que utilizar las siguientes claves:

- *Usuario: disgust13*
- *Contraseña: ******

(3) *En la página de registro hay que **cumplimentar todos los "Datos de registro"**. Ahora es necesario registrarse como usuario, contestando a lo que se pide en "Datos de registro". Aquí, cada uno debe crear un nombre de usuario (el que quiera, por ejemplo su nombre y apellidos) y su propia contraseña (la que quiera; una contraseña secreta para él/ella). El nombre de usuario y la contraseña son privados y deberían anotarse pues son los que utilizará siempre el usuario en cuestión para poder acceder al protocolo, tanto ahora (PX-201X) como para al segundo protocolo (PX-201X). Después hay que contestar a una serie de datos básicos (sexo, estado civil, etc.). Cuando se hayan rellenado todos los campos, hay que clicar en "Registrar" (abajo, al final). Al registrarse, se entra directamente en la página a partir de la cual se puede contestar el protocolo (por favor, lea detenidamente las instrucciones de cumplimentación, tanto del protocolo como de cada uno de los cuestionarios a medida que los vaya contestando). En lo sucesivo, debe usar su número de usuario y su contraseña.*

NOTA IMPORTANTE: Asegúrese de recordar (anotándolo en un sitio seguro) el nombre de usuario y la contraseña, ya que son los que utilizará también para la cumplimentación del segundo protocolo (PX-201X).

- (4) A partir de ahora, el alumno/a ya tiene su propio nombre de usuario y su propia contraseña. Sólo él/ella podrá acceder a su protocolo, que puede contestar de una sola vez o en varios momentos (se aconseja ir guardando los datos a medida que se cumplimentan). Siempre que en lo sucesivo este alumno acceda a la aplicación debe utilizar su nombre de usuario y su contraseña (cada alumno usará pues los suyos propios –lo que hubiese generado inicialmente al registrarse).
- (5) Una vez que haya finalizado un cuestionario deberá enviarlo (ver aplicación) para posteriormente continuar con el siguiente cuestionario del protocolo.
- (6) Se considera que se ha concluido el protocolo una vez que se haya enviado el último cuestionario. En ese momento la aplicación le generará ciertos datos, incluido su código de control, que deberá remitir con el resto de información a la dirección de correo-e del grupo de investigación (proyectodisgust@psi.uned.es). Su colaboración será validada una vez que se haya verificado que su código de control es correcto. El código de control deberá copiarse y pegarse en el texto del correo-e, junto al resto de información que se pide. No serán válidas las capturas de pantalla de la web.
- (7) El equipo de investigación irá notificando a cada alumno si su código de control es o no correcto. La notificación no será automática, por lo que podrá demorarse varias semanas. Por ello, el alumno no debe impacientarse si ha remitido correctamente los datos (i.e., si la aplicación le ha notificado que ha concluido satisfactoriamente el protocolo).

Comentarios adicionales

- (1) El punto que se asigne por la colaboración en la investigación se aplicará de forma similar al punto obtenido con la PEC. Es decir, se aplicará a la calificación de junio o de septiembre del curso actual (201X/201X), según que el alumno apruebe la asignatura en los exámenes de junio o de septiembre. El punto únicamente podrá sumarse a la nota final cuando el alumno haya obtenido la calificación de apto en la signatura completa (junio o septiembre). No se guardará el punto para cursos posteriores.*
- (2) La colaboración implica la cumplimentación de los dos protocolos. El hecho de contestar únicamente a un protocolo no significa que se vayan a asignar 0,50 puntos. Únicamente se asignará un punto por la colaboración completa, es decir, tras haber contestado a ambos protocolos.*
- (3) Estimamos que la colaboración en este proyecto es una oportunidad significativa para nuestros alumnos, ya que permite un incremento importante de la calificación (por supuesto, a partir de una nota mínima de apto) y un acercamiento a aspectos relevantes relacionados con la investigación en psicología clínica.*

Cualquier dificultad o problema que tenga el alumno en el proceso de la colaboración puede indicarlo al equipo de investigación a través del siguiente correo-e: proyectodisgust@psi.uned.es

*Muchas gracias por su colaboración. Saludos cordiales,
Equipo de Psicopatología*

**Anexo IV: Criterios diagn3sticos de los trastornos de ansiedad,
trastornos del estado de 3nimo y otros trastornos relacionados (DSM 5)**

Trastorno de depresión mayor

Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.¹

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Trastorno depresivo persistente (distimia)

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años, pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

Fobia específica

A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.

B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.

C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.

D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.

E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

Trastorno de ansiedad social (fobia social)

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.

J. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Trastorno de pánico

A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, “volverse loco”).

2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés posttraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

Especificador del ataque de pánico

Nota: Los síntomas se presentan con el propósito de identificar un ataque de pánico; sin embargo, el ataque de pánico no es un trastorno mental y no se puede codificar. Los ataques de pánico se pueden producir en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad así como en otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos, trastorno por estrés postraumático, trastornos por consumo de sustancias) y en algunas afecciones médicas (p. ej., cardíacas, respiratorias, vestibulares, gastrointestinales). Cuando se identifica la presencia de un ataque de pánico, se ha de anotar como un especificador (p. ej., “trastorno de estrés postraumático con ataques de pánico”). En el trastorno de pánico, la presencia de un ataque de pánico está contenida en los criterios para el trastorno y el ataque de pánico no se utiliza como un especificador. La aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.

8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o a “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

Agorafobia

A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:

1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).

2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).

3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).

4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.

5. Estar fuera de casa solo.

B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada; miedo a la incontinencia).

C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.

D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental—por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, a la situación; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

Nota: Se diagnostica agorafobia independientemente de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación en un individuo cumple los criterios para el trastorno de pánico y agorafobia, se asignarán ambos diagnósticos.

Trastorno de ansiedad generalizada

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

2. Fácilmente fatigado.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

Trastorno de ansiedad por enfermedad

A. Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave.

B. No existen síntomas somáticos o, si están presentes, son únicamente leves. Si existe otra afección médica o un riesgo elevado de presentar una afección médica (p. ej., antecedentes familiares importantes), la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada.

C. Existe un grado elevado de ansiedad acerca de la salud, y el individuo se alarma con facilidad por su estado de salud.

D. El individuo tiene comportamientos excesivos relacionados con la salud (p. ej., comprueba repetidamente en su cuerpo si existen signos de enfermedad) o presenta evitación por mala adaptación (p. ej., evita las visitas al clínico y al hospital).

E. La preocupación por la enfermedad ha estado presente al menos durante seis meses, pero la enfermedad temida específica puede variar en ese período de tiempo.

F. La preocupación relacionada con la enfermedad no se explica mejor por otro trastorno mental, como un trastorno de síntomas somáticos, un trastorno de pánico, un trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno dismórfico corporal, un trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno delirante de tipo somático.

Trastorno obsesivo-compulsivo

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

Las obsesiones se definen por (1) y (2):

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

1. Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

Nota: Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.

D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos alimentarios; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafilicos; impulsos, como en los trastornos perturbadores, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro del autismo).