

TRABAJO DE FINAL DE MÁSTER

INTOLERANCIA A LA INCERTIDUMBRE Y
EVITACIÓN EXPERIENCIAL:
RELACIONES CON LA REGULACIÓN
EMOCIONAL EN FUNCIÓN DE LA
PREOCUPACIÓN

NOELIA JIMÉNEZ ORENGA

20902247P



Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Tutora: Dra. Azucena García Palacios

Grupo LABSITEC. Dpto. de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología
Facultad de Ciencias de la Salud

ÍNDICE

- [RESUMEN](#).....pág. 2
- [ABSTRACT](#).....pág. 3
- [INTRODUCCIÓN](#).....pág. 4
- [MÉTODO](#).....pág. 14
 - [Participantes](#).....pág. 14
 - [Diseño](#).....pág. 15
 - [Medidas e instrumentos](#).....pág. 15
 - [Aspectos éticos y protección de datos](#).....pág. 18
 - [Análisis estadísticos](#).....pág. 19
- [RESULTADOS](#).....pág. 19
 - [Descriptivos](#).....pág. 19
 - [Diferencias entre grupos](#).....pág. 20
 - [Relación entre las dificultades en la RE y la IU](#).....pág. 21
 - [Relación entre las dificultades en la RE y la EA](#).....pág. 22
 - [Regresiones lineales múltiples](#).....pág. 24
- [DISCUSIÓN](#).....pág. 26
- [CONCLUSIONES](#).....pág. 30
- [BIBLIOGRAFÍA](#).....pág. 32
- [ANEXOS](#).....pág. 39

RESUMEN

El trastorno de ansiedad generalizada es un trastorno emocional que se caracteriza por una preocupación excesiva e incontrolable, acompañada de otros síntomas inespecíficos y significativos. Actualmente, existen varias propuestas teóricas del trastorno aceptadas y que cuentan con soporte empírico. Algunas de las más importantes proponen diferentes variables clínicas como centrales en la etiología y el mantenimiento del trastorno: intolerancia a la incertidumbre (IU), evitación experiencial (EA) y dificultades en la regulación emocional (RE). Sin embargo, las dificultades de RE son definitorias de todos los trastornos emocionales (TE), constituyendo el principal factor transdiagnóstico, y tanto la IU como la EA se han propuesto como otros posibles mecanismos subyacentes comunes a los TE. El presente estudio tuvo como objetivo principal analizar la relación entre las dificultades de RE y ambos factores transdiagnósticos mencionados anteriormente, en función de los niveles de preocupación (patológica vs. no patológica). En función de la literatura revisada, se esperaba hallar una asociación directa significativa entre las dificultades de RE y tanto la IU como la EA en ambos grupos. En términos generales, los resultados mostraron que, efectivamente, existe la asociación positiva significativa esperada entre las variables, de modo que, a mayores dificultades en la RE, mayores fueron también los niveles de IU y de EA, tanto en las personas con preocupación patológica como en las personas con baja preocupación. Además, predeciblemente, el grupo de alta preocupación mostró niveles significativamente mayores de IU, EA y dificultades de RE que el grupo de baja preocupación.

Palabras clave: preocupación, dificultades de regulación emocional, intolerancia a la incertidumbre, evitación experiencial, trastornos emocionales

ABSTRACT

Generalized anxiety disorder is an emotional disorder characterized by an excessive and uncontrollable worry, associated to other unspecific and significant symptoms. At present, there are several accepted theoretical approaches of the disorder that have empirical support. Some of the most important theories propose different clinical variables as central in the etiology and maintenance of the disorder: intolerance of uncertainty (IU), experiential avoidance (EA) and difficulties in emotion regulation (ER). Nevertheless, difficulties in ER define all emotional disorders (ED), being the main transdiagnostic factor, and both IU and EA have been proposed as other possible common underlying mechanisms to ED. The present study had as main goal to analyze the relationship between difficulties in ER and both transdiagnostic factors mentioned previously in function of levels of worry (pathologic vs. no pathologic). According to the reviewed literature, it was expected to find a significant direct association between difficulties in ER and both IU and EA in both groups. In general terms, the results showed the expected significant positive association between the variables, so that individuals with greater difficulties in ER exhibited greater levels of IU and EA, both in people with pathological worry and in people with low worry. Furthermore, predictably, the high worry group showed significative greater levels of IU, EA and difficulties in ER that the low worry group.

Keywords: worry, difficulties in emotion regulation, intolerance of uncertainty, experiential avoidance, emotional disorders

INTRODUCCIÓN

El **trastorno de ansiedad generalizada (TAG)** es un trastorno emocional que se caracteriza por una preocupación excesiva e incontrolable sobre diferentes áreas de la vida, acompañada de otros síntomas psicológicos y físicos inespecíficos y significativos que duran, al menos, seis meses (American Psychological Association [APA], 2013). Los síntomas pueden incluir tensión muscular, inquietud, dificultad para dormir, irritabilidad o sensación de nerviosismo, fatiga y dificultad para concentrarse, pero la preocupación generalizada, sostenida e incontrolable es la característica distintiva del TAG (Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman y Staples, 2009; Mennin, Heimberg, Turk y Fresco, 2005).

El TAG constituye uno de los problemas de salud mental más comunes y, según algunas encuestas epidemiológicas representativas, su prevalencia vital es del 4'3 al 5'9% (Tyrer y Baldwin, 2006). Es particularmente prevalente en los entornos de atención primaria y se presenta en el 7-8% de los pacientes (Kroenke et al., 2007). Además, los pacientes con TAG presentan angustia, un deterioro significativo y una mala calidad de vida (Comer et al., 2011), así como una alta comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y depresión (Brawman-Mintzer et al., 1993; Brown et al., 2001; Curtiss y Klemanski, 2015; Curtis y Klemanski, 2016; Grant et al., 2005; Hunt et al., 2002). A menudo comienza en la adolescencia, y se asocia con bajo rendimiento educativo y comportamiento suicida, así como con mayores dificultades de salud mental en la edad adulta (Bittner et al., 2007; Copeland et al., 2009; Wolitzky-Taylor et al., 2014; Woodward y Fergusson, 2001).

Se trata de un trastorno de ansiedad crónico y su remisión es poco frecuente (Bruce et al., 2005; Yonkers, Bruce, Dyck y Keller, 2003). Si no se trata con prontitud, presenta un mal pronóstico (Yonkers, Warshaw, Masslon y Keller, 1996) y, con todo, es uno de los trastornos psiquiátricos

tratados con menos éxito, lo que se atribuye en gran medida a su base neurobiológica poco clara (Li et al., 2020).

Actualmente, existen varias propuestas teóricas del TAG aceptadas, que ofrecen diferentes perspectivas conceptuales y del tratamiento del trastorno, y conducen a diversas estrategias de intervención (Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman y Staples, 2011). Aunque todavía permanecen bajo estudio y refinamiento, cada una de ellas cuenta con soporte empírico (ver Behar et al., 2011). Algunos de los **modelos** más relevantes **del TAG** son el Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre (MII; Dugas, Letarte, Rhéaume, Freeston y Ladouceur, 1995), el Modelo Basado en la Aceptación (MBA; Roemer y Orsillo, 2002) y el Modelo de Desregulación Emocional (MDE; Mennin, Heimberg, Turk y Fresco, 2002). Estos modelos explicativos proponen diferentes variables clínicas como centrales y claves en la etiología y el mantenimiento del trastorno: la intolerancia a la incertidumbre, la evitación experiencial y las dificultades en la regulación emocional, respectivamente.

Sin embargo, las dificultades en la regulación emocional no se han propuesto únicamente como explicativas del TAG, sino también del resto de trastornos emocionales (TE), de los que son definitorias, e incluso de otras psicopatologías y conductas desadaptativas (para revisiones, ver Cicchetti, Ackerman e Izard, 1995; Gratz y Tull, 2010; Gross y Jazaieri, 2014; Kring y Werner, 2004; Sheppes et al., 2015), y se proponen como una función potencialmente unificadora de diversas presentaciones de síntomas (Gross y Munoz, 1995).

Los **trastornos emocionales** (trastornos de ansiedad, depresión y relacionados) son los trastornos psicológicos más prevalentes a nivel mundial (World Health Organization [WHO], 2017) y una de las principales causas de discapacidad, así como uno de los principales motivos de consulta hospitalaria, especialmente en los países desarrollados (Friedrich, 2017).

Los TE se caracterizan por la experiencia de emociones negativas frecuentes e intensas, una reactividad negativa a las mismas y esfuerzos para abandonar, escapar o evitar la experiencia emocional. Los pacientes que padecen estos trastornos habitualmente presentan déficits en la regulación emocional. De hecho, los TE se caracterizan por el uso de estrategias de regulación ineficaces o desadaptativas que, a corto plazo, llevan a la exacerbación y persistencia de emociones no deseadas y, a largo plazo, contribuyen al mantenimiento de los síntomas; por lo que las dificultades en la regulación emocional juegan un papel relevante en la fenomenología de los TE.

La **regulación emocional (RE)** se puede definir como la capacidad de gestionar las propias respuestas emocionales, poniendo en marcha estrategias para aumentar, mantener o disminuir la intensidad, duración y trayectoria de las emociones (Gross, 2002; Koole, 2009; Parrott, 1993). Se refiere a los procesos intrínsecos y extrínsecos implicados en el seguimiento, la evaluación y la modulación, consciente e inconsciente, de las reacciones emocionales (Bargh y Williams, 2007; Rottenberg y Gross, 2003) con el fin de lograr las propias metas y de responder de manera apropiada a las demandas del entorno (Campbell-Sills y Barlow, 2007; Cole et al., 2004; Gratz y Roemer, 2004; Gross, 1998; Gross y Munoz, 1995; Thompson, 1994).

Desde un punto de vista clínico, es importante la conceptualización multidimensional de la RE propuesta por Gratz y Roemer (2004). Estas autoras entienden la RE como un conjunto de respuestas adaptativas ante la angustia (*distress*) emocional que se caracteriza por cuatro dimensiones: (1) uso flexible de estrategias adaptativas para modular la intensidad y/o características temporales de una respuesta emocional, (2) capacidad para participar en conductas dirigidas a metas y resistir tentativas de conductas impulsivas en el contexto de la angustia emocional, (3) conciencia, claridad y aceptación emocional, y (4) disposición para experimentar angustia emocional en el marco de la realización de actividades significativas (Gratz, 2007; Gratz y Tull, 2010).

Por el contrario, los déficits o dificultades en una o más de estas dimensiones se entienden como indicativos de la presencia de desregulación emocional, que constituye un importante factor subyacente en la etiología y el mantenimiento de los TE, principalmente, y de otras formas de psicopatología (p.ej., Berking y Wupperman, 2012; Naragon-Gainey et al., 2017; Zakiei et al., 2020). Así, la incapacidad de regular las emociones adaptativamente se compone de seis factores o dificultades (Gratz y Roemer, 2004): (1) *Falta de aceptación emocional*, (2) *Dificultades para orientar la conducta dirigida a metas*, (3) *Dificultades en el control de los impulsos*, (4) *Falta de conciencia emocional*, (5) *Acceso limitado a estrategias de regulación emocional* y (6) *Falta de claridad emocional*.

Por otro lado, la **intolerancia a la incertidumbre (IU)** puede definirse como un rasgo o tendencia “a reaccionar negativamente a nivel emocional, cognitivo y conductual ante situaciones inciertas” (Buhr y Dugas, 2009, p. 216) y como la “incapacidad disposicional del individuo para soportar la respuesta aversiva desencadenada por la ausencia percibida de información relevante, clave o suficiente y sostenida por la percepción asociada de incertidumbre” (Carleton, 2016, p. 31), lo que se traduce en una dificultad para tolerar el malestar ante situaciones poco claras y para hacer frente a la ambigüedad y los cambios (Khakpoor, Mohammadi-Baytmar y Saed, 2019).

Las personas con altos niveles de IU encuentran amenazantes, perturbadoras e indeseables las situaciones que son ambiguas o inciertas (Bottesi et al., 2016). El hecho de interpretar situaciones ambiguas como eventos estresantes desencadena, a su vez, conductas desadaptativas, dificultad para la resolución de problemas y diferentes tipos de evitación cognitiva (Abdi et al., 2013; Dugas y Robichaud, 2007).

La IU fue inicialmente establecida como un constructo implicado en la preocupación (*worry*) asociada con el TAG (Khakpoor, Mohammadi-Baytamar y Saed, 2020). Así, se

conceptualizaba como una dimensión potencialmente significativa de la preocupación (Einstein, 2014; Freeston et al., 1994). Empíricamente, se ha observado en numerosos estudios la relación entre la IU y la ansiedad generalizada o el *worry* (p.ej., Buhr y Dugas, 2006; Dugas y Ladouceur, 2000; Dugas, Marchand y Ladouceur, 2005; Dugas et al., 2007; Ladouceur et al., 2000; Osmanağaoğlu et al., 2018), lo que respalda el MII del TAG propuesto por Dugas y cols. (1995).

Sin embargo, desde hace unos años ha habido un interés creciente en el papel de la IU como un factor de vulnerabilidad compartida para los trastornos emocionales (p.ej., Carleton, 2012; Gentes y Ruscio, 2011). Concretamente, se ha propuesto como una vulnerabilidad cognitiva en la psicopatología de los TE (Koerner y Dugas, 2008) y como un factor transdiagnóstico que subyace a varios trastornos psicológicos (McEvoy y Mahoney, 2011, 2012). Actualmente, existe evidencia científica que respalda su participación en diferentes psicopatologías (p.ej., Boelen y Reijntjes, 2009; Carleton, Fetzner, Hackl y McEvoy, 2013; Holaway et al., 2006; McEvoy y Mahoney, 2012; Oglesby et al., 2016; Paulus et al., 2015; van der Heiden et al., 2010).

De hecho, recientemente, la IU se ha establecido como un mecanismo transdiagnóstico con un importante papel en el desarrollo y el mantenimiento de los síntomas de los TE (Khakpoor et al., 2020; Rosellini et al., 2019) y se ha observado que actúa como una variable mediadora de las reducciones en ansiedad y depresión que se dan en el tratamiento con el Protocolo Unificado de Barlow y cols. (2016) (Khakpoor et al., 2020).

La IU se compone de dos dimensiones generales: 1) *Incertidumbre Generadora de Inhibición* (IGI), que hace referencia al modo en que la incertidumbre genera inseguridad, estrés y perturbación, imposibilitando la capacidad de actuar, y 2) *Incertidumbre como Desconcierto e Imprevisión* (IDI), que aborda la necesidad de certidumbre al verse la persona afectada por los

imprevistos en general (González-Rodríguez et al., 2006). Otros autores se refieren a estas dimensiones como intolerancia a la incertidumbre inhibitoria e intolerancia a la incertidumbre prospectiva (Birrell et al., 2011). La IDI o IU prospectiva (cognitiva) se caracteriza por temor hacia la incertidumbre futura y por creencias positivas acerca de la preocupación, de manera que las personas con altos niveles de IU prospectiva creen que la preocupación les ayudará a prevenir o contrarrestar la ocurrencia de eventos aversivos (Khakpoor et al., 2020). La IGI o IU inhibitoria (conductual) está más relacionada con creencias negativas y angustia o malestar hacia los problemas y con evitación cognitiva y paralización ante la incertidumbre (Carleton, Norton y Asmundson, 2007). Además, cada una de las dimensiones de la IU se ha asociado con diferente psicopatología (Flores et al., 2018; McEvoy y Mahoney, 2012; Shihata et al., 2017, 2018; Talkovsky y Norton, 2016).

Por su parte, la **evitación experiencial (EA)** se caracteriza por (1) una falta de voluntad para experimentar eventos internos o privados (pensamientos, emociones, sensaciones fisiológicas, recuerdos o predisposiciones conductuales) no deseados y (2) por intentos activos de evitación de los mismos, así como intentos de alterar los acontecimientos o los contextos que los desencadenan (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Stroschal, 1996). Implica, por tanto, evaluaciones negativas excesivas de eventos internos desagradables no deseados, una resistencia a experimentarlos y esfuerzos deliberados para controlarlos o escapar de ellos (Hayes et al., 1996).

Aunque esta evitación puede aliviar la angustia emocional a corto plazo, en realidad la exacerba durante períodos de tiempo más prolongados (Bardeen, 2015; Campbell-Sills et al., 2006) y, si esta estrategia de afrontamiento se convierte en un patrón de conducta habitual e inflexible, la funcionalidad de la persona se ve alterada en diferentes áreas de su vida (Fernández-Rodríguez et al., 2018).

Para alcanzar objetivos vitales valiosos, suele ser necesario contactar con nuestro contenido emocional, incluyendo el doloroso (Kashdan et al., 2006). Aquí es donde las personas con altos niveles de EA suelen tener problemas, ya que las experiencias internas se vuelven más abrumadoras y, con ello, se reduce la capacidad de estar en el momento presente y poder disfrutar de una vida con significado (Hayes, Strosahl y Wilson, 2012).

Existen estudios empíricos que apoyan el MBA del TAG propuesto por Roemer y Orsillo (2002) (p.ej., Mellick et al., 2019; Mohammadkhani et al., 2016; Roemer et al., 2009; Roemer, Salters, Raffa y Orsillo, 2005), basado en el Modelo de Evitación Experiencial de Hayes y cols. (1996). Sin embargo, a diferencia de lo que ocurrió con la IU, la EA no se ha propuesto como específica en la etiología de un trastorno concreto, sino que desde el inicio se plantea que es fundamental para el desarrollo, el mantenimiento y la modificación de diversas formas de psicopatología (Hayes, 2004; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) y se ha sugerido como un factor de vulnerabilidad central para el *distress* emocional.

En efecto, una serie de estudios correlacionales y de laboratorio respaldan una asociación positiva entre la EA y diferentes índices de *distress* emocional, incluyendo medidas de psicopatología general y medidas específicas de ansiedad y depresión, tanto en muestras clínicas como no-clínicas (ver Chawla y Ostafin, 2007 para una revisión; Mellick et al., 2019; Mohammadkhani et al., 2016; Ordóñez-Carrasco et al., 2020; Zakiei et al., 2020). Asimismo, se ha observado que la EA, como factor transdiagnóstico, puede explicar la relación entre la sensibilidad a la ansiedad y la ansiedad generalizada, así como otros trastornos, teniendo un papel mediador (Esteve et al., 2012; Mohammadkhani et al., 2016).

En definitiva, la evitación experiencial se conceptualiza como una vulnerabilidad psicológica (Feldner et al., 2003; Karekla et al., 2004), más que la consecuencia de problemas psicológicos,

y, en particular, puede considerarse como un importante constructo transdiagnóstico para los trastornos emocionales (Chawla y Ostafin, 2007; Hayes et al., 1996; Rosellini et al., 2019).

Existen ya algunos estudios empíricos que sugieren la existencia de **relación entre la RE y otros factores transdiagnósticos**, como la EA y la IU. Por ejemplo, se ha visto que las conductas autolesivas y las conductas típicas de los trastornos alimentarios (en las que destaca específicamente el papel de la EA) pueden cumplir funciones similares de regulación emocional (Anderson et al., 2018; Gratz y Gunderson, 2006). De hecho, la literatura sugiere que la forma particular en que la autolesión opera para regular las emociones es a través de la evitación experiencial (Gratz, 2003).

Asimismo, se ha visto que las estrategias de procesamiento de la información que se caracterizan por la rumiación y la EA están relacionadas con la persistencia de síntomas, metas no alcanzadas y RE desadaptativa (Burwell y Shirk, 2007; Hayes et al., 2004; Treynor et al., 2003). En otro estudio (Shi et al., 2016), se encontró que las habilidades de RE correlacionaron negativa y significativamente con la EA, sugiriendo que las personas con bajos niveles de habilidades de RE tenían más probabilidades de tener una mayor tendencia a participar en la EA. Kashdan y cols. (2006), por su parte, hallaron que la EA estaba positivamente relacionada con la supresión emocional y encontraron una asociación negativa con la reevaluación cognitiva que se acercó a la significación estadística. Además, los resultados de su estudio sugieren que la EA puede ser un importante mediador de los efectos de la RE en la psicopatología y los resultados diarios. Por último, Fergus y cols. (2013) encontraron que las expectativas pesimistas sobre las estrategias de RE (constructo que equiparan a la dimensión de *Acceso limitado a las estrategias de regulación emocional* propuesta por Gratz y Roemer) potenciaron la relación entre la EA y las reacciones emocionales negativas. En esta línea, Gratz y Roemer (2004) encontraron que la EA correlacionó significativamente más con la dimensión

de *Acceso limitado a las estrategias de RE* ($r = .56$), en comparación con las otras cinco dimensiones (r entre $.32$ y $.44$).

En cuanto a la intolerancia a la incertidumbre, es posible que guarde una estrecha relación con la dificultad para regular las emociones desagradables (Gratz y Roemer, 2004), de modo que las personas que poseen mayores dificultades en la regulación de emociones negativas podrían presentar una menor tolerancia a la incertidumbre (Cai et al., 2018). Sin embargo, la relación entre la RE y la IU ha sido menos explorada. Existen pocos estudios y los resultados tomados en conjunto son poco esclarecedores (Bardeen, Tull, Dixon-Gordon, Stevens y Gratz, 2015; Cai et al., 2018; Jeffries et al., 2016).

Recientemente, del Valle y cols. (2020) han estudiado la relación entre las puntuaciones en la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS; Gratz y Roemer, 2004) y las puntuaciones en la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (Freeston et al., 1994; adaptación para Buenos Aires de Rodríguez de Behrends y Brenlla, 2015) en estudiantes universitarios, y los resultados obtenidos muestran una asociación positiva entre ambas variables, de forma que cuanto mayores son las dificultades en la regulación de las emociones negativas, mayores son también los niveles de IU. La mayoría de las dificultades de RE se asociaron significativamente con la IU; únicamente para *Falta de conciencia emocional* no se observaron correlaciones. Concretamente, las dimensiones que resultaron predictoras fueron: *Falta de aceptación emocional* y *Dificultad en conducta dirigida a metas*, para la IU inhibitoria; y *Acceso limitado a estrategias de RE*, para la IU prospectiva.

No obstante, existen todavía muy pocos estudios, al menos conocidos por la autora, que aborden directamente la relación entre la evitación experiencial o la intolerancia a la incertidumbre y las diferentes dificultades de la regulación emocional. Entre estos, salvo los anteriormente mencionados de Gratz y Roemer (2004) y del Valle y cols. (2020), ninguno

utiliza la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS; Gratz y Roemer, 2004), que es uno de los instrumentos más conocidos y utilizados tanto en clínica como en investigación para evaluar las dificultades en la RE, ya que proporciona una medida sensible y cuenta con una validez de constructo ampliamente demostrada. Concretamente, las puntuaciones del DERS están asociadas con múltiples formas de psicopatología y con diversos factores biológicos, psicofisiológicos, neurológicos y conductuales; además, se ha encontrado que las puntuaciones cambian en respuesta a los tratamientos que tienen como objetivo la RE (Bjureberg et al., 2016).

Puesto que tanto las dificultades de RE como la IU y la EA suponen mecanismos transdiagnósticos en los trastornos emocionales y fenómenos de importancia para el inicio del TAG, y dado que los estudios que abordan estas variables de manera conjunta y específica resultan escasos, el presente estudio tuvo como objetivo general analizar la relación entre las dificultades de regulación emocional y la intolerancia a la incertidumbre y la evitación experiencial, en población adulta, en función de la preocupación. De este objetivo general, se desprendieron los siguientes objetivos específicos: 1) Estudiar las relaciones entre la IU (puntuación total y ambas dimensiones) y las dificultades de RE (puntuación total y las diferentes subescalas) en un grupo de adultos con puntuaciones elevadas en medidas de preocupación (análogos de TAG) y en un grupo de adultos con baja preocupación (población sana); y 2) Estudiar las relaciones entre la EA y las dificultades de RE (puntuación total y las diferentes subescalas) en un grupo de adultos análogos de TAG y en un grupo de población adulta sana. En función de la literatura revisada, se esperaba encontrar una relación positiva significativa entre las dificultades en la RE y ambas variables (IU y EA) en los dos grupos de participantes.

MÉTODO

Participantes

Los participantes en el estudio fueron personas adultas que cumplimentaron voluntariamente el protocolo de evaluación *online* diseñado para el presente Trabajo de Final de Máster (TFM) y que, previamente, dieron su consentimiento para formar parte del proyecto, tras haber recibido información acerca de la finalidad y los objetivos del estudio, así como del anonimato de los datos.

No se establecieron criterios de inclusión ni exclusión, ya que la población objeto de estudio fue población general. El único requisito fue que fueran personas mayores de 18 años. Así pues, al inicio del propio formulario de evaluación, se informó de que la encuesta estaba dirigida a la población general adulta de modo que quien tuviera 18 años o más podía participar de forma voluntaria.

Un total de N=94 participantes respondieron la encuesta, de los cuales un 78.7% fueron de sexo y género femenino, mientras que un 21.3% fueron de sexo y género masculino. Además, el 89.4% de la muestra fue de nacionalidad española, el 8.5% mexicana, el 1.1% chilena y el otro 1.1% no respondió a esta cuestión. En cuanto al nivel de estudios, un 36.2% de los participantes tenía un nivel universitario de grado, diplomatura o licenciatura; un 27.7% refirió un nivel de bachillerato, ciclo formativo de grado medio o ciclo formativo de grado superior; un 16% un nivel universitario de máster o doctorado; un 10.6% refirió tener estudios de educación primaria obligatoria o equivalentes; y el 9.6% restante, estudios de educación secundaria obligatoria o equivalentes. Por último, un 48.9% de la muestra se encontraba entre los 18 y los 34 años de edad; un 28.7% entre los 35 y los 49 años; un 19.2% entre los 50 y los 64 años; y el 3.2% restante fueron de 65 años o más; siendo la media aritmética 38.5 años de edad, la desviación típica de 14.7 y el rango de 18 a 85.

Diseño

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de encuesta mediante un muestreo no probabilístico y mediante el uso de cuestionarios como medida de evaluación.

El protocolo de evaluación se administró de forma *online*, a través de un formulario *web*, que se distribuyó por varias redes sociales (*LinkedIn* y *Facebook*) y una aplicación de mensajería instantánea (*Whatsapp*), con el fin de conseguir la máxima difusión posible y el mayor número de personas participantes. Se pudo cumplimentar tanto desde ordenadores como desde dispositivos móviles o *tablets*.

La encuesta se diseñó mediante el *software* de encuestas 'Qualtrics' y se compuso de cinco preguntas referentes a datos demográficos (sexo, género, edad, nacionalidad y nivel de estudios) y de cuatro instrumentos de evaluación validados (autoinformes) para recoger medidas de preocupación, intolerancia a la incertidumbre, evitación experiencial y dificultades en la regulación emocional.

Las medidas de preocupación se utilizaron para dividir la muestra en dos grupos, según si obtuvieron puntuaciones elevadas o no, considerándose para este estudio, en base a la literatura (Behar, Alcaine, Zuellig y Borkovec, 2003; Nuevo et al., 2002; Sandín et al., 2009), un punto de corte de 56. Así, las personas que obtuvieron puntuaciones iguales o superiores a 56 en preocupación constituyeron el grupo análogo o subclínico de TAG (*grupo 2 o de preocupación patológica*), mientras que los participantes restantes (<56) conformaron el grupo de baja preocupación o de población sana (*grupo 1*). De esta manera, el resto de medidas se analizaron en función de estos dos grupos de participantes.

Medidas e instrumentos

Se establecieron las siguientes medidas:

Medidas demográficas

- Sexo
- Género
- Edad
- Nacionalidad
- Nivel de estudios

Los datos demográficos se recogieron por medio de preguntas abiertas, en el caso de la edad y la nacionalidad, y de opción múltiple, en el caso del sexo, el género y el nivel de estudios.

Medidas clínicas

- Preocupación (*worry*): mediante la administración del ***Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)*** (Meyer et al., 1990; adaptación española de Sandín et al., 2009). Es un cuestionario de autoinforme que evalúa la preocupación como un fenómeno incontrolable, generalizado y excesivo, capturando así el aspecto primordial de la preocupación patológica que caracteriza el TAG. Se compone de 16 ítems tipo Likert, con una escala que oscila entre 1 = No es en absoluto típico en mí y 5 = Es muy típico en mí. La adaptación española del PSWQ posee buena consistencia interna (0.90) y fiabilidad test-retest (0.82). Las correlaciones con variables de personalidad, ansiedad y depresión proporcionan evidencia a favor de la validez convergente y discriminante del cuestionario.
- Intolerancia a la incertidumbre: mediante la administración de la ***Intolerance of Uncertainty Scale (IUS)*** (Freeston et al., 1994; adaptación española de González-Rodríguez et al., 2006). Es una escala de autoinforme para evaluar el constructo cognitivo de intolerancia a la incertidumbre que consta de 27 ítems tipo Likert con cinco alternativas de respuesta, siendo 1 = Nada característico de mí y 5 = Extremadamente característico de mí. La escala se compone de dos factores relacionados: IGI e IDI,

explicados en el apartado de introducción. En la adaptación española del instrumento, la consistencia interna de la escala total es satisfactoria (0.91) y la fiabilidad test-retest para el total de la escala es de 0.68. La validez convergente, divergente y discriminante con medidas de depresión, ansiedad-pánico y rasgo de preocupación es adecuada, así como la validez criterial.

- Evitación experiencial: por medio del *Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)* (Bond et al., 2011; versión española de Ruiz et al., 2013). Es un cuestionario de autoinforme que constituye una medida general de evitación experiencial e inflexibilidad psicológica. Se compone de 7 ítems a los que se responde según una escala Likert de 7 puntos, que oscila entre 1 = Nunca es verdad y 7 = Siempre es verdad. La versión española del AAQ-II tiene buena consistencia interna (0.88), así como buena validez de constructo, discriminante y externa, en vista de las fuertes correlaciones con un amplio rango de síntomas psicológicos, calidad de vida y otros constructos psicológicos.
- Dificultades en la regulación emocional: por medio de la *Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)* (Gratz y Roemer, 2004; validación española de Hervás y Jódar, 2008). Es una escala de autoinforme que evalúa diferentes aspectos clínicamente relevantes de la regulación emocional desadaptativa y las principales dificultades que pueden presentarse en el procesamiento emocional. En la adaptación española de la escala, el análisis factorial mostró cinco factores interpretables, uno menos que la escala original: Descontrol emocional (*Impulsividad* y *No estrategias* de la escala original), Rechazo emocional (*No aceptación*), Interferencia cotidiana (*No metas*), Desatención emocional (*No conciencia*) y Confusión emocional (*No claridad*). La validación española consta de 28 ítems con una escala Likert de 5 puntos, siendo 1 = Casi nunca (0-10% de las veces) y 5 = Casi siempre (90-100% de las veces). La escala adaptada

posee buenas propiedades psicométricas: consistencia interna de 0.93, fiabilidad test-retest de 0.74 y buena validez convergente e incremental.

Aspectos éticos y protección de datos

El estudio se desarrolló según las normas nacionales e internacionales, como la Declaración de Helsinki y el Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea (RGPD).

Como se ha indicado, todos los participantes en el estudio fueron voluntarios y dieron su consentimiento para formar parte del proyecto, una vez se les dio información al respecto del mismo. Concretamente, al inicio del formulario *web* se proporcionó una descripción escrita sobre los puntos más relevantes del estudio (finalidad, medidas recogidas, anonimato de los datos) y se informó, de manera clara y visible, de que continuar avanzando en el formulario significaría proporcionar el consentimiento para participar en el estudio. Más específicamente, el hecho de cumplimentar y enviar la encuesta supuso una acción afirmativa que otorgaba el consentimiento.

De igual modo, se informó a los participantes de que la encuesta estaba dirigida a la población general adulta, de modo que podían participar si tenían 18 años o más.

Además, el estudio se sometió a la aprobación de la Comisión Deontológica de la Universitat Jaume I, que emitió informe favorable.

En cuanto a la protección de datos, los datos que se solicitaron (demográficos y medidas clínicas) no constituyen, per se, datos personales. Por tanto, los datos solicitados fueron totalmente anónimos, de modo que la persona que realizó el tratamiento no podía vincular los mismos a personas físicas identificadas ni identificables en ninguna de las fases del trabajo.

Análisis estadísticos

Para realizar los análisis estadísticos, se utilizó el programa *IBM SPSS Statistics 25*. En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos de los datos para la totalidad de la muestra y se realizaron comparaciones entre los dos grupos de participantes para todas las medidas, mediante la prueba U de Mann-Whitney y la prueba t para la igualdad de medias, en función de si se cumplían o no los requisitos para realizar pruebas t. A continuación, se realizaron correlaciones de Spearman y correlaciones de Pearson entre las puntuaciones en el DERS y las puntuaciones en el IUS, por un lado, y las puntuaciones en el DERS y las puntuaciones en el AAQ-II, por otro lado, tanto a nivel de puntuación total como a nivel de las diferentes subescalas y tanto para la muestra total como para los grupos 1 y 2. Por último, se llevaron a cabo regresiones lineales múltiples, utilizando el método de pasos sucesivos, con la IU y la EA como variables predictoras o independientes y las dificultades en la RE como variable de resultado o dependiente, para la muestra total, para el grupo 1 y para el grupo 2.

RESULTADOS

Descriptivos

Los participantes en el estudio ($N = 94$) obtuvieron una puntuación media (\bar{X}) de 53.9 en el PSWQ, con una desviación típica (DT) de 13.6 y un rango de 57.

Los estadísticos descriptivos en el IUS fueron $\bar{X} = 67.7$, $DT = 20.6$ y rango = 94 para la escala total; $\bar{X} = 39.9$, $DT = 12.9$ y rango = 54 para la subescala IGI; y $\bar{X} = 27.9$, $DT = 8.64$ y rango = 42 para la IDI.

En el AAQ-II, los participantes obtuvieron una $\bar{X} = 22.4$, una $DT = 9.97$ y un rango de 39.

Por último, en el DERS, los estadísticos descriptivos fueron $\bar{X} = 66.0$, $DT = 19.2$ y rango = 88 para la escala total. Respecto a las diferentes subescalas que componen el instrumento, los

estadísticos fueron $\bar{X} = 20.0$, $DT = 8.39$ y rango = 33 para *descontrol*; $\bar{X} = 17.5$, $DT = 7.54$ y rango = 28 para *rechazo*; $\bar{X} = 11.5$, $DT = 4.46$ y rango = 16 para *interferencia*; $\bar{X} = 8.86$, $DT = 3.26$ y rango = 15 para *desatención*; y $\bar{X} = 8.28$, $DT = 3.32$ y rango = 14 para *confusión*.

Diferencias entre grupos

El grupo de preocupación patológica (N = 45, *Mdn* = 79) obtuvo puntuaciones significativamente más elevadas en el IUS (escala total) que el grupo 1 (N = 49, *Mdn* = 57) [$U = 661$, $z = -3.35$, $p = .001$]. Asimismo, el grupo de preocupación patológica obtuvo puntuaciones significativamente más altas en las subescalas IGI (N = 45, *Mdn* = 47) e IDI (N = 45, $\bar{X} = 30.7$, $DT = 9.21$) del IUS en comparación con el grupo de población sana (N = 49, *Mdn* = 34; $U = 665$, $z = -3.31$, $p = .001$) (N = 49, $\bar{X} = 25.3$, $DT = 7.26$; $t(92) = 3.17$, $p = .002$).

De forma similar, el grupo de preocupación patológica (N = 45, *Mdn* = 27) presentó puntuaciones significativamente más elevadas en el AAQ-II que el grupo de baja preocupación (N = 49, *Mdn* = 16) [$U = 535$, $z = -4.30$, $p < .001$].

Por último, el grupo de preocupación patológica (N = 45, $\bar{X} = 74.8$, $DT = 19.8$) mostró también puntuaciones significativamente más altas en el DERS (escala total) respecto al grupo 1 (N = 49, $\bar{X} = 57.9$, $DT = 14.7$) [$t(81) = 4.67$, $p < .001$]. Sin embargo, únicamente en dos de las cinco subescalas que componen el instrumento, el grupo de alta preocupación presentó puntuaciones significativamente más elevadas. Concretamente, mostró mayores puntuaciones en la escala de *descontrol* (N = 45, *Mdn* = 24) en comparación al grupo 1 (N = 49, *Mdn* = 15; $U = 466$, $z = -4.83$, $p < .001$) y en la escala de *interferencia* (N = 45, *Mdn* = 13) comparado con el grupo 1 (N = 49, *Mdn* = 9; $U = 642$, $z = -3.5$, $p < .001$).

Relación entre las dificultades en la RE y la IU

Se encontró una asociación lineal positiva estadísticamente significativa y moderada-alta ($r_s = .687, p < .001$) entre la puntuación total en el DERS y la puntuación total en el IUS en la muestra total de participantes. Asimismo, se encontró una asociación lineal positiva estadísticamente significativa entre estas dos variables tanto en el grupo 1 ($r_s = .551, p < .001$) como en el grupo 2 ($r_p = .693, p < .001$).

A nivel de subescalas, se encontraron asociaciones positivas estadísticamente significativas entre cada una de las dimensiones del IUS (IGI e IDI) y cada una de las subescalas del DERS a excepción de *Desatención*, en la muestra total y en el grupo 1. Sin embargo, en el grupo 2 se encontraron relaciones directas estadísticamente significativas entre las dos dimensiones del IUS y las subescalas del DERS a excepción de *Desatención* y de *Confusión*. Las correlaciones halladas entre las dimensiones de la RE y las dimensiones de la IU para la muestra total, el grupo de baja preocupación y el grupo de preocupación patológica se muestran a continuación en la *Tabla 1*, *Tabla 2* y *Tabla 3*, respectivamente.

Tabla 1

Correlaciones dificultades RE-IU: muestra total.

		Punt. en la escala de "descontrol" del DERS	Punt. en la escala de "rechazo" del DERS	Punt. en la escala de "interferencia" del DERS	Punt. en la escala de "desatención" del DERS	Punt. en la escala de "confusión" del DERS
Punt. en la escala IGI del IUS	Coefficiente de correlación	,609**	,528**	,636**	,014	,366**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,895	,000
	N	94	94	94	94	94
Punt. en la escala de IDI del IUS	Coefficiente de correlación	,603**	,471**	,532**	-,036	,334**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,733	,001
	N	94	94	94	94	94

Tabla 2

Correlaciones dificultades RE-IU: grupo 1 o de baja preocupación.

		Punt. en la escala de "descontro l" del DERS	Punt. en la escala de "rechazo" del DERS	Punt. en la escala de "interferencia" del DERS	Punt. en la escala de "desatención" del DERS	Punt. en la escala de "confusión" del DERS
Punt. en la escala IGI del IUS	Coeficiente de correlación	,388**	,354*	,464**	,176	,592**
	Sig. (bilateral)	,006	,013	,001	,228	,000
	N	49	49	49	49	49
Punt. en la escala de IDI del IUS	Coeficiente de correlación	,391**	,310*	,425**	,063	,460**
	Sig. (bilateral)	,006	,030	,002	,669	,001
	N	49	49	49	49	49

Tabla 3

Correlaciones dificultades RE-IU: grupo 2 o de preocupación patológica.

		Punt. en la escala de "descontrol" del DERS	Punt. en la escala de "rechazo" del DERS	Punt. en la escala de "interferencia" del DERS	Punt. en la escala de "desatención" del DERS	Punt. en la escala de "confusión" del DERS
Punt. en la escala IGI del IUS	Coeficiente de correlación	,623**	,644**	,682**	-,224	,189
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,138	,213
	N	45	45	45	45	45
Punt. en la escala de IDI del IUS	Coeficiente de correlación	,618**	,626**	,430**	-,155	,218
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,003	,308	,150
	N	45	45	45	45	45

Relación entre las dificultades en la RE y la EA

Se encontró una asociación lineal positiva estadísticamente significativa y moderada-alta ($r_s = .700, p < .001$) entre la puntuación total en el DERS y la puntuación en el AAQ-II en la muestra total de participantes. Igualmente, se halló una asociación lineal positiva estadísticamente

significativa entre estas dos variables tanto en el grupo 1 ($r_s = .634, p < .001$) como en el grupo 2 ($r_p = .693, p < .001$).

Las correlaciones encontradas entre la puntuación en el AAQ-II y la puntuación en las diferentes subescalas del DERS para la muestra total, el grupo de población sana y el grupo de alta preocupación se detallan respectivamente en la *Tabla 4*, *Tabla 5* y *Tabla 6*. En todos los casos, se mostraron asociaciones positivas y estadísticamente significativas entre la puntuación en el AAQ-II y cada una de las dimensiones del DERS salvo con la escala de *Desatención*.

Tabla 4

Correlaciones dificultades RE-EA: muestra total.

		Punt. en la escala de "descontrol" del DERS	Punt. en la escala de "rechazo" del DERS	Punt. en la escala de "interferencia" del DERS	Punt. en la escala de "desatención" del DERS	Punt. en la escala de "confusión" del DERS
Punt. en el AAQ-II (EA)	Coeficiente de correlación	,638**	,551**	,521**	,080	,425**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,441	,000
	N	94	94	94	94	94

Tabla 5

Correlaciones dificultades RE-EA: grupo 1 o de baja preocupación.

		Punt. en la escala de "descontrol" del DERS	Punt. en la escala de "rechazo" del DERS	Punt. en la escala de "interferencia" del DERS	Punt. en la escala de "desatención" del DERS	Punt. en la escala de "confusión" del DERS
Punt. en el AAQ-II (EA)	Coeficiente de correlación	,451**	,454**	,437**	,225	,585**
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,002	,120	,000
	N	49	49	49	49	49

Tabla 6

Correlaciones dificultades RE-EA: grupo 2 o de preocupación patológica.

		Punt. en la escala de "descontrol" del DERS	Punt. en la escala de "rechazo" del DERS	Punt. en la escala de "interferencia" del DERS	Punt. en la escala de "desatención" del DERS	Punt. en la escala de "confusión" del DERS
Punt. en el AAQ- II (EA)	Coefficiente de correlación	,632**	,658**	,442**	-,140	,330*
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,002	,358	,027
	N	45	45	45	45	45

Regresiones lineales múltiples

En el total de la muestra, el análisis de regresión lineal mostró la existencia de una relación entre las variables que viene explicada por la ecuación $Y = 23.246 + 0.846X_1 + 0.352X_2$, donde Y son las dificultades en la regulación emocional (puntuación total en el DERS), X_1 es la evitación experiencial (puntuación en el AAQ-II) y X_2 la intolerancia a la incertidumbre (puntuación total en el IUS). El coeficiente de determinación (R^2) fue de .586, por lo que el modelo explica el 58.6% de la varianza en las dificultades de RE, y el error cuadrático medio fue de 151. En la *Tabla 7* se muestran los coeficientes tipificados y sus valores de probabilidad. Se trata de un modelo que incluye ambas variables predictoras y en el que la evitación experiencial cobra mayor peso en la estimación de las dificultades de RE.

Tabla 7

Regresión lineal múltiple: muestra total.

	Coeficientes no estandarizados	Coeficientes estandarizados	Sig.
	B	Beta	
(Constante)	23,246		,000
Puntuación en el AAQ-II (EA)	,846	,439	,000
Puntuación total en el IUS (IU)	,352	,377	,000

En el grupo 1 o de baja preocupación, el análisis de regresión lineal mostró la existencia de una relación entre las variables que viene explicada por la ecuación $Y = 25.758 + 0.528X_1$, donde Y son las dificultades en la regulación emocional (puntuación total en el DERS) y X_1 es la intolerancia a la incertidumbre (puntuación total en el IUS). El coeficiente de determinación (R^2) fue de .368, por lo que el modelo explica el 36.8% de la varianza en las dificultades de RE, y el error cuadrático medio fue de 134. En la *Tabla 8* se muestran los coeficientes tipificados y sus valores de probabilidad. En este caso, el modelo propuesto como resultado del análisis incluye únicamente una de las variables predictoras: la intolerancia a la incertidumbre.

Tabla 8

Regresión lineal múltiple: grupo 1.

	Coeficientes no estandarizados B	Coeficientes estandarizados Beta	Sig.
(Constante)	25,758		,000
Puntuación total en el IUS (IU)	,528	,607	,000

Finalmente, en el grupo 2 o de alta preocupación, el análisis de regresión lineal mostró la existencia de una relación entre las variables que viene explicada por la ecuación $Y = 25.128 + 0.374X_1 + 0.796X_2$, donde Y son las dificultades en la regulación emocional (puntuación total en el DERS), X_1 es la intolerancia a la incertidumbre (puntuación total en el IUS) y X_2 la evitación experiencial (puntuación en el AAQ-II). El coeficiente de determinación (R^2) fue de .571, por lo que el modelo explica el 57.1% de la varianza en las dificultades de RE, y el error cuadrático medio fue de 164. En la *Tabla 9* se muestran los coeficientes tipificados y sus valores de probabilidad. Se trata de un modelo que incluye ambas variables predictoras y en el que ambas tienen una importancia equivalente en la estimación de las dificultades de RE.

Tabla 9*Regresión lineal múltiple: grupo 2.*

	Coeficientes no estandarizados	Coeficientes estandarizados	Sig.
	B	Beta	
(Constante)	25,128		,001
Puntuación total en el IUS (IU)	,374	,412	,005
Puntuación en el AAQ-II (EA)	,796	,412	,005

DISCUSIÓN

En la introducción se ha expuesto que el Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre (Dugas et al., 1995), el Modelo Basado en la Aceptación (Roemer y Orsillo, 2002) y el Modelo de Desregulación Emocional (Mennin et al., 2002) proponen, respectivamente, que la intolerancia a la incertidumbre, la evitación experiencial y las dificultades en la regulación emocional son constructos clínicos relevantes y centrales en la etiología y el mantenimiento del TAG. Además, existen estudios empíricos que sugieren o respaldan la relación entre la ansiedad generalizada o la preocupación patológica y la intolerancia a la incertidumbre (p.ej. Buhr y Dugas, 2006; Dugas y Ladouceur, 2000; Dugas et al., 2005; Dugas et al., 2007; Ladouceur et al., 2000; Osmanağaoğlu et al., 2018), la evitación experiencial (p.ej., Mellick et al., 2019; Mohammadkhani et al., 2016; Roemer et al., 2009; Roemer et al., 2005) y las dificultades de regulación emocional (Mennin et al., 2005; Mennin, Holaway, Fresco, Moore y Heimberg, 2007).

En este sentido, y predeciblemente, los resultados del presente estudio mostraron que las personas con un alto grado de preocupación (preocupación patológica) presentan mayores niveles de intolerancia a la incertidumbre (tanto inhibitoria como prospectiva), mayores niveles de evitación experiencial y más dificultades en la regulación emocional (en concreto,

dificultades de *descontrol emocional* y de *interferencia cotidiana*), frente a las personas con niveles de preocupación más bajos (o preocupación no patológica).

No obstante, los hallazgos no mostraron diferencias significativas en las dimensiones de *rechazo*, *desatención* y *confusión emocional* entre las personas con preocupación patológica y las personas con preocupación no patológica, lo que sugiere que las personas con alta preocupación no presentan más problemas en la aceptación, la conciencia y la claridad emocional que las personas sanas. Estos resultados están en concordancia con algunos estudios previos que no encontraron diferencias significativas en la capacidad de identificar y describir las emociones entre las personas con TAG y las personas de los grupos control (Decker et al., 2008; Novick-Kline et al., 2005).

Por otro lado, resulta llamativo que el grupo de preocupación elevada presentara niveles de evitación experiencial significativamente mayores que el grupo de baja preocupación y que, sin embargo, las diferencias en cuanto a rechazo emocional no fueran estadísticamente significativas. Atendiendo a las definiciones teóricas de ambos constructos cabría esperar que aquellas personas que presentan una mayor evitación experiencial (es decir, falta de voluntad y resistencia a la hora de experimentar eventos internos desagradables junto con intentos de evitación de los mismos), muestren también un mayor rechazo emocional (es decir, una tendencia a la no aceptación de las propias experiencias emocionales).

El objetivo principal del estudio fue analizar la relación entre las dificultades de regulación emocional y la intolerancia a la incertidumbre, por un lado, y las dificultades de regulación emocional y la evitación experiencial, por otro lado, en función de los niveles de preocupación. La hipótesis que se planteó fue encontrar una asociación positiva significativa entre las dificultades en la regulación emocional y ambas variables en los dos grupos de participantes,

esto es, tanto en las personas con preocupación patológica como en las personas con baja preocupación.

Como se esperaba, los resultados del estudio mostraron que existe una relación positiva significativa entre las dificultades de regulación emocional y la intolerancia a la incertidumbre tanto en personas con preocupación patológica como en personas sanas. Tanto la incertidumbre generadora de inhibición como la incertidumbre como desconcierto e imprevisión se asociaron de forma directa y significativa con las dificultades de regulación emocional, salvo con *desatención* y *confusión* en el caso de las personas con alto grado de preocupación, y salvo con *desatención* en el caso de las personas sanas.

Estos hallazgos indican que cuanto mayores son las dificultades en la regulación de las emociones, mayores son también los niveles de intolerancia a la incertidumbre, y están en línea con otros estudios previos (Bardeen et al., 2015; Cai et al., 2018; Gratz y Roemer, 2004; del Valle et al., 2020). Asimismo, del Valle y cols. (2020) tampoco hallaron correlaciones significativas entre la desatención o falta de conciencia emocional y las dimensiones de la intolerancia a la incertidumbre.

Del mismo modo, como se esperaba, los hallazgos de este estudio mostraron que existe una relación positiva significativa entre las dificultades de regulación emocional y la evitación experiencial, tanto en personas con preocupación patológica como en personas con niveles bajos de preocupación. La única dificultad de regulación emocional que no mostró una asociación significativa con la evitación experiencial fue *desatención emocional*.

Estos resultados indican que cuanto mayores son las dificultades de regulación emocional, mayores son también los niveles de evitación experiencial, y están en línea con otros estudios previos (p.ej. Gratz y Roemer, 2004; Kashdan et al., 2006; Shi et al., 2016). Concretamente, Gratz y Roemer (2004) también encontraron una correlación positiva significativa entre la

puntuación total en el DERS y la evitación experiencial ($r = .60, p < .01$), de magnitud similar a la hallada en este estudio. Asimismo, encontraron que la correlación más fuerte fue entre la evitación experiencial y la dimensión de acceso limitado a las estrategias de regulación, que en la versión española del DERS se incluye en la dimensión de descontrol emocional. En este estudio, si atendemos a las correlaciones realizadas en la totalidad de la muestra (grupo total), la asociación significativa de mayor magnitud fue entre evitación experiencial y descontrol, pero esto no se mantuvo al explorar los dos grupos de forma separada. Además, en el presente estudio no se hallaron asociaciones significativas entre la evitación experiencial y la desatención, contrariamente a lo encontrado en el estudio de Gratz y Roemer.

Finalmente, en la población análoga de TAG, el análisis de regresión lineal mostró que el 57'1% de la varianza en las dificultades de regulación emocional se explica por la varianza en la intolerancia a la incertidumbre y en la evitación experiencial (importancia equivalente en la estimación), mientras que en la población sana el análisis de regresión mostró que el 36'8% de la varianza en las dificultades de regulación emocional se explica únicamente por la varianza en la intolerancia a la incertidumbre. Considerando ambos grupos de manera conjunta (muestra total), el análisis de regresión mostró que el 58'6% de la varianza en las dificultades de regulación emocional está en función de la varianza en la evitación experiencial y en la intolerancia a la incertidumbre, mostrando la evitación experiencial una mayor importancia en tal estimación.

Estos resultados sugieren que, a la hora de explicar las dificultades en la regulación emocional en las personas con preocupación patológica, no es suficiente lo mismo que para la población sana y que estas dificultades de regulación responden a mecanismos o interacciones más complejas en aquellas personas con una preocupación elevada.

CONCLUSIONES

En definitiva, y en términos generales, los resultados de este estudio mostraron dos conclusiones principales: 1) Las personas con preocupación patológica presentaron mayores niveles de intolerancia a la incertidumbre, evitación experiencial y dificultades en la regulación emocional que las personas con baja preocupación; y 2) Se observaron asociaciones positivas estadísticamente significativas entre las dificultades en la regulación emocional y las otras dos variables (intolerancia a la incertidumbre y evitación experiencial) independientemente de los niveles de preocupación, es decir, cuanto mayores fueron las dificultades en la regulación emocional, mayores fueron también los niveles de intolerancia a la incertidumbre y evitación experiencial, tanto en personas con preocupación patológica como no patológica. Además, un resultado destacable fue que la dimensión de desatención emocional no mostró correlaciones significativas con ninguna de las dos variables clínicas en ninguno de los dos grupos de participantes.

Estos hallazgos constituyen un avance puesto que los estudios que abordan estas variables clínicas de forma conjunta y las relaciones entre ellas son todavía escasos, y no se conoce ninguno en población mayoritariamente española. Además, los resultados contribuyen al entendimiento de mecanismos de relevancia para los trastornos emocionales, incluyendo el trastorno de ansiedad generalizada, y a la comprensión de las dificultades de regulación emocional. Asimismo, los hallazgos pueden contribuir a la perspectiva transdiagnóstica de los trastornos emocionales (Brown y Barlow, 2009). Por consiguiente, el presente estudio exhibe relevancia en términos de implicaciones clínicas.

Con todo, hay que considerar los resultados con cautela, en base a las limitaciones del estudio. En primer lugar, la muestra de participantes no se seleccionó de forma aleatoria, por lo que podría no ser representativa de la población y podría resultar poco apropiado generalizar los

resultados. Por tanto, sería recomendable replicar este estudio teniendo en cuenta la aleatorización en la selección de la muestra. En segundo lugar, hay datos que sugieren que el PSWQ-11, versión abreviada de 11 ítems, podría ser preferible al PSWQ completo para la evaluación de la preocupación patológica, ya que elimina los ítems inversos que podrían suponer un artefacto en lugar de un factor relevante (Sandín et al., 2009). Por ello, sería recomendable que los posibles estudios de replicación utilicen este instrumento (PSWQ-11) para comprobar si se mantienen o varían los resultados. En tercer lugar, en el presente estudio las mujeres suponen el mayor porcentaje de la muestra, por lo que futuros estudios podrían considerar el sexo y el género como variables moderadoras o mediadoras.

Futuras investigaciones en esta línea podrían ser estudios similares que trabajen con muestras diferentes, como población infantil y adolescente. Por otro lado, se podría ampliar el estudio incluyendo análisis de regresión a nivel de dimensiones o subescalas, para poder explorar con más detalle qué variables resultan predictoras de cada dificultad de regulación emocional. Por último, con vistas a la investigación de tratamientos y desarrollo de protocolos de intervención, y en base a los resultados de los análisis de regresión del presente estudio, sería interesante analizar si con intervenciones dirigidas a modificar específicamente la intolerancia a la incertidumbre y la evitación experiencial, se consiguen también reducciones significativas en la desregulación emocional.

BIBLIOGRAFÍA

- Abdi, R., Bakhshi, A. y Alilu, M. (2013). Efficacy of Unified Transdiagnostic Treatment on reduction of transdiagnostic factors and symptoms severity in emotional disorders. *Scientific Journal Management System*, 4(13), 1-27.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed.* Washington DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, N. L., Smith, K. E., Mason, T. B. y Crowther, J. H. (2018). Testing an integrative model of affect regulation and avoidance in non-suicidal self-injury and disordered eating. *Archives of Suicide Research*, 22(2), 295-310. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1340854>
- Bardeen, J. R. (2015). Short-term pain for long-term gain: the role of experiential avoidance in the relation between anxiety sensitivity and emotional distress. *Journal of Anxiety Disorders*, 30, 113-119. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.12.013>
- Bardeen, J. R., Tull, M. T., Dixon-Gordon, K. L., Stevens, E. N. y Gratz, K. L. (2015). Attentional control as a moderator of the relationship between difficulties accessing effective emotion regulation strategies and distress tolerance. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(1), 79-84. <https://doi.org/10.1007/s10862-014-9433-2>
- Bargh, J. A., y Williams, L. E. (2007). On the nonconscious of emotion regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 429-445). Guilford Press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., y Choate, M. L. (2016). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders—Republished Article. *Behavior Therapy*, 47(6), 838-853. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.005>
- Behar, E., Alcaine, O., Zullig, A. R. y Borkovec, T. D. (2003). Screening for generalized anxiety disorder using the Penn State Worry Questionnaire: a receiver operating characteristic analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 25-43.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J. y Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1011-1023. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.006>
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J. y Staples, A. M. (2011). Modelos teóricos actuales del trastorno de ansiedad generalizada (TAG): revisión conceptual e implicaciones en el tratamiento. *Revista de Toxicomanías*, 63, 15-36.
- Behrends, M. y Brenlla, M. E. (2015). Adaptación para Buenos Aires de la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre. *Interdisciplinaria*, 32(2), 261-274.
- Berking, M., y Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128-134. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503669>
- Birrell, J., Meares, K., Wilkinson, A., y Freeston, M. (2011). Toward a definition of intolerance of uncertainty: A review of factor analytical studies of the intolerance of uncertainty scale. *Clinical Psychology Review*, 31, 1198-1208. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.009>
- Bittner, A., Egger, H. L., Erkanli, A., Costello, E., Foley, D. L., y Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 48(12), 1174-1183. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01812.x>
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, G.,...Gratz, K. L. (2016). Development and validation of a brief version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: The DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(2), 284-296. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9514-x>
- Boelen, P. A. y 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>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Orcutt, H. K., Waltz, T., et al. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Bottesi, G., Ghisi, M., Carraro, E., Barclay, N., Payne, R. y Freeston, M. H. (2016). Revising the intolerance of uncertainty model of generalized anxiety disorder: evidence from UK and Italian undergraduate samples. *Frontiers in Psychology*, 7, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01723>

- Brawman-Mintzer, O., Lydiard, R. B., Emmanuel, N., Payeur, R., Johnson, M., Roberts, J., Jarrell, M. P., y Ballenger, J. C. (1993). Psychiatric comorbidity in patients with generalized anxiety disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *150*(8), 1216–1218.
- Brown, T.A. y Barlow, D.H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, *21*, 256-271.
- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., Shea, M. T., y Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, *162*(6), 1179–1187.
- Buhr, K., y Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Journal of Anxiety Disorders*, *20*, 222-236. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.12.004>
- Buhr, K., y Dugas, M. J. (2009). The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry: An experimental manipulation. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 215–223.
- Burwell, R. A., y Shirk, S. R. (2007). Subtypes of rumination in adolescence: associations between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping. *Journal of Clinical Child and Adolescence Psychology*, *36*(1), 56-65.
- Cai, R. Y., Richdale, A. L., Dissanayake, C. y Uljarević, M. (2018). Brief Report: Inter-relationship between emotion regulation, intolerance of uncertainty, anxiety, and depression in youth with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *48*(1), 316-325. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3318-7>
- Campbell-Sills, L. y Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542–559). Guilford Press.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., y Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behavior Research and Therapy*, *44*, 1251–1263. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.001>
- Carleton, R. N. (2012). The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: theoretical and practical perspectives. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *12*(8), 937-947. doi:10.1586/ern.12.82
- Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: a review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, *39*, 30–43. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.007>
- Carleton, R. N., Fetzner, M. G., Hackl, J. L. y McEvoy, P. (2013). Intolerance of uncertainty as a contributor to fear and avoidance symptoms of panic attacks. *Cognitive Behavior Therapy*, *42*, 328-341.
- Carleton, R. N., Norton, M. P. J., y Asmundson, G. J. (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>
- Chawla, N., y Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, *63*, 871–890. <https://doi.org/10.1002/jclp.20400>
- Cicchetti, D., Ackerman, B. P. y Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, *7*, 1–10.
- Cole, P. M., Martin, S. E., y Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, *75*, 317–333.
- Comer, J. S., Blanco, C., Hasin, D. S., Liu, S. M., Grant, B. F., Turner, J. B., y Olfson, M. (2011). Health-related quality of life across the anxiety disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *72*(1), 43–50.
- Copeland, W., Shanahan, L., Costello, E., y Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry*, *66*(7), 764–772. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.85>
- Curtiss, J., y Klemanski, D. H. (2015). Identifying individuals with generalized anxiety disorder: A receiver operator characteristic analysis of theoretically relevant measures. *Behaviour Change*, *32*(4), 255–272.
- Curtiss, J., y Klemanski, D. H. (2016). Taxonicity and network structure of generalized anxiety disorder and major depressive disorder: An admixture analysis and complex network analysis. *Journal of Affective Disorders*, *199*, 99–105.

- Decker, M. L., Turk, C. L., Hess, B. y Murray, C. E. (2008). Emotion regulation among individuals classified with and without generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 485-494. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.04.002>
- del Valle, M. V., Zamora, E. V., Andrés, M. L., Irurtia, M. J. y Urquijo, S. (2020). Dificultades de regulación emocional e intolerancia a la incertidumbre en estudiantes universitarios. *Quaderns de Psicologia*, 22(2), 1-17. <https://doi.org/10.5565/rev/psicologia.1594>
- Dugas, M. J., y Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD: Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification*, 24, 635-657.
- Dugas, M. J., Letarte, H., Rhéaume, J., Freeston, M. H., y Ladouceur, R. (1995). Worry and problem solving: evidence of a specific relationship. *Cognitive Therapy Research*, 19, 109–120. <https://doi.org/10.1007/BF02229679>
- Dugas, M. J., Marchand, A., y Ladouceur, R. (2005). Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 329-343.
- Dugas, M. J., y Robichaud, M. (2007). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder*, 23-26.
- Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Laugesen, N., Robichaud, M., et al. (2007). Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behaviour Therapy*. 38, 169–178. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.07.002>
- Einstein, D. A. (2014). Extension of the transdiagnostic model to focus on intolerance of uncertainty: a review of the literature and implications for treatment. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 21(3), 280-300. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12077>
- Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., y López-Martínez, A. E. (2012). Experiential avoidance and anxiety sensitivity as dispositional variables and their relationship to the adjustment to chronic pain. *European Journal of Pain*, 16(5), 718–726. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2011.00035.x>
- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H. y Spira, A. P. (2003). Emotional avoidance: an experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 403-411.
- Fergus, T. A., Bardeen, J. R. y Orcutt, H. K. (2013). Experiential avoidance and negative emotional experiences: The moderating role of expectancies about emotion regulation strategies. *Cognitive Therapy Research*, 37, 352-362. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9469-0>
- Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, D., González-Fernández, S. y Pérez-Álvarez, M. (2018). Activation vs. experiential avoidance as a transdiagnostic condition of emotional disorders: an empirical study. *Frontiers in Psychology*, 9, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01618>
- Flores, A., López, F. J., Vervliet, B., y Cobos, P. L. (2018). Intolerance of uncertainty as a vulnerability factor for excessive and inflexible avoidance behavior. *Behavior Research and Therapy*, 104, 34–43. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.02.008>
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., y 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)
- Friedrich, M. J. (2017). Depression is the leading cause of disability around the world. *The Journal of the American Medical Association*, 317(15), 1517. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.3826>
- Gentes, E. L., y 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*, 31, 923–933. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.001>
- González-Rodríguez, M., Cubas-León, R., Rovella, A. T. y Darias-Herrera, M. (2006). Adaptación española de la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre: Procesos cognitivos, ansiedad y depresión. *Psicología y Salud*, 16(2), 219-233.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Goldstein, R. B., et al. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: Results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Psychological Medicine*, 35(12), 1747–1759.
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 192–205.

- Gratz, K. L. (2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 1091–1103.
- Gratz, K. L. y Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 37(1), 25-35. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.03.002>
- Gratz, K. L., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–54.
- Gratz, K. L. y Tull, M. T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance- and mindfulness-based treatments. En R. A. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance: Illuminating the processes of change* (pp. 107-134). New Harbinger Publications.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281–291.
- Gross, J. J., y Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2, 387–401.
- Gross, J. J., y Munoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151–164.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639–665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., et al. (2004). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54(4), 553-578.
- Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Hervás, G. y Jódar, R. Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.
- Holaway, R. M., Heimberg, R. G., y Coles, M. E. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(2), 158-174. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.01.002>
- Hunt, C., Issakidis, C., y Andrews, G. (2002). DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of mental health and well-being. *Psychological Medicine*, 32(4), 649–659.
- Jeffries, E. R., McLeish, A. C., Kraemer, K. M., Avallone, K. M., y Fleming, J. B. (2016). The role of distress tolerance in the use of specific emotion regulation strategies. *Behavior Modification*, 40(3), 439-451. <https://doi.org/10.1177/0145445515619596>
- Karekla, M., Forsyth, J. P., y Kelly, M. M. (2004). Emotional avoidance and panicogenic responding to a biological challenge procedure. *Behavior Therapy*, 35, 725–746.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P. y Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1301-1320. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003>
- Khakpoor, S., Mohammadi-Baytamar, J. y Saed, O. (2019). Reductions in transdiagnostic factors as the potential mechanisms of change in treatment outcomes in the Unified Protocol: a randomized clinical trial. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 22(3), 402-412. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.379>

- Khakpoor, S., Mohammadi-Baytamar, J. y Saed, O. (2020). Investigating the mediational role of intolerance of uncertainty and its components in reducing symptoms of emotional disorders: a double-blind randomized clinical trial. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 72-80. <https://doi.org/10.12740/APP/112449>
- Koerner, N. y Dugas, M. J. (2008). An investigation of appraisals in individuals vulnerable to excessive worry: The role of intolerance of uncertainty. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 619-638. <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9125-2>
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognit. Emot.*, 23, 4-41.
- Kring, A. M. y Werner, K. H. (2004). Emotion regulation in psychopathology. En P. Philippot y R. S. Feldman (Eds.). *The regulation of emotion* (pp. 359-385). Lawrence Erlbaum Associates.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O. y Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann. Int. Med.*, 146, 317-325.
- Ladouceur, R., Gosselin, P., y Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: a study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research Therapy*, 38, 933-941. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00133-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00133-3)
- Li, J., Zhong, Y., Ma, Z., Wu, Y., Pang, M., Wang, C.,...Zhang, N. (2020). Emotion reactivity-related brain network analysis in generalized anxiety disorder: a task fMRI study. *BMC Psychiatry*, 20(429), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02831-6>
- McEvoy, P. M., y Mahoney, A. E. (2011). Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 112-122. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.010>
- McEvoy, P. M., y Mahoney, A. E. (2012). To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behavior Therapy*, 43(3), 533-545. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.02.007>
- Mellick, W. H., Mills, J. A., Kroska, E. B., Calarge, C. A., Sharp, C., y Dindo, L. N. (2019). Experiential avoidance predicts persistence of major depressive disorder and generalized anxiety disorder in late adolescence. *Journal of Clinical Psychiatry*, 80(6), 1-17. <https://doi.org/10.4088/JCP.18m12265>
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., y Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 85-90.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L. y Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281-1310.
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T. y Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38(3), 284-302.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Mohammadkhani, P., Pourshahbaz, A., Kami, M., Mazidi, M. y Abasi, I. (2016). Anxiety sensitivity dimensions and generalized anxiety severity: the mediating role of experiential avoidance and repetitive negative thinking. *Iran Journal of Psychiatry*, 11(3), 140-146.
- Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., y Chacko, T. P. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. *Psychol Bull*, 143(4), 384-427. <https://doi.org/10.1037/bul0000093>
- Novick-Kline, P., Turk, C. L., Mennin, D. S., Hoyt, E. A. y Gallagher, C. L. (2005). Level of emotional awareness as a differentiating variable between individuals with and without generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(5), 557-572. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.06.001>
- Nuevo, R., Montorio, I. y Ruiz, M.A. (2002). Aplicabilidad del Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ) a población de edad avanzada. [Applicability of the Penn State Worry Questionnaire in an older adult population.] *Ansiedad y Estrés*, 8, 157-172.
- Oglesby, M. E., Boffa, J. W., Short, N. A., Raines, A. M. y Schmidt, N. B. (2016). Intolerance of uncertainty as a predictor of post-traumatic stress symptoms following a traumatic event. *Journal of Anxiety Disorders*, 41, 82-87. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.01.005>

- Ordóñez-Carrasco, J. L., Cuadrado-Guirado, I., y Rojas-Tejada, A. J. (2020). Experiential Avoidance in the Context of the Integrated Motivational–Volitional Model of Suicidal Behavior: A Moderation Study. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 1-8. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000721>
- Osmanağaoğlu, N., Creswell, C., y Dodd, H. F. (2018). Intolerance of uncertainty, anxiety, and worry in children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 225, 80-90. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.035>
- Parrott, W. G. (1993). Beyond hedonism: Motives for inhibiting good moods. En D. M. Wegner y J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of Mental Control* (pp. 278-308). Prentice Hall.
- Paulus, D. J., Talkovsky, A. M., Heggeness, L. y Norton, P. J. (2015). Beyond negative affectivity: a hierarchical model of global and transdiagnostic vulnerabilities for emotional disorders. *Cognitive Behavior Therapy*, 44(5), 389-405. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1017529>
- Rodríguez de Behrends, M. y Brenlla, M. E. (2015). Adaptación para Buenos Aires de la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre. *Interdisciplinaria*, 32(2), 261-274.
- Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., y Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior Therapy*, 40, 142–154.
- Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54–68.
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S. D., y Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 71–88. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-1650-2>
- Rosellini, A. J., Osma, J. y Brown, T. A. (2019). Evaluación transdiagnóstica y formulación de caso en los trastornos emocionales desde la perspectiva del protocolo unificado. En Jorge Osma (Coord.), *Aplicaciones del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de la desregulación emocional* (pp. 31-47). Alianza Editorial.
- Rottenberg, J., y Gross, J. J. (2003). When emotion goes wrong: Realizing the promise of affective science. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10, 227–232.
- Ruiz, F. J., Langer-Herrera, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire – II. *Psicothema*, 25(1), 123-129.
- 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(2), 107-122.
- Sheppes, G., Suri, G. y Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 379-405.
- Shi, R., Zhang, S., Zhang, Q., Fu, S. y Wang, Z. (2016). Experiential avoidance mediates the association between emotion regulation abilities and loneliness. *PLoS ONE*, 11(12), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168536>
- Shihata, S., McEvoy, P. M., y Mullan, B. A. (2017). Pathways from uncertainty to anxiety: An evaluation of a hierarchical model of trait and disorder-specific intolerance of uncertainty on anxiety disorder symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 45, 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.12.001>
- Shihata, S., McEvoy, P. M. y Mullan, B. A. (2018). A bifactor model of intolerance of uncertainty in undergraduate and clinical samples: do we need to reconsider the two-factor model? *Psychological Assessment*, 30(7), 893-903. <https://doi.org/10.1037/pas0000540>
- Talkovsky, A. M., y Norton, P. J. (2016). Intolerance of uncertainty and transdiagnostic group cognitive behavioral therapy for anxiety. *Journal of anxiety disorders*, 41, 108-114. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.05.002>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25–52.
- Treynor, W., González, R., y Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: a psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-259.
- Tyrer, P. y Baldwin, D. (2006). Generalized anxiety disorder. *Lancet*, 368, 2156-2166.

- van der Heiden, C., Melchior, K., Muris, P., Bouwmeester, S., Bos, A. E. R., y van der Molen, H. T. (2010). A hierarchical model for the relationships between general and specific vulnerability factors and symptom levels of generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 284-289. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.12.005>
- Wolitzky-Taylor, K., Dour, H., Zinbarg, R., Mineka, S., Vrshek-Schallhorn, S., Epstein, A., et al. (2014). Experiencing core symptoms of anxiety and unipolar mood disorders in late adolescence predicts disorder onset in early adulthood. *Depression and Anxiety*, 31(3), 207–213. <https://doi.org/10.1002/da.22250>
- Woodward, L. J., y Fergusson, D. M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1086–1093. <https://doi.org/10.1097/00004583-200109000-00018>
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Yonkers, K. A., Bruce, S. E., Dyck, I. R., y Keller, M. B. (2003). Chronicity, relapse, and illness—Course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: Findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and Anxiety*, 17(3), 173–117.
- Yonkers, K. A., Warshaw, M. G., Massion, A. O., y Keller, M. B. (1996). Phenomenology and course of generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 168, 308–313.
- Zakiei, A., Khazaie, H., Reshadat, S., Rezaei, M. y Komasi, S. (2020). The comparison of emotional dysregulation and experiential avoidance in patients with insomnia and non-clinical population. *Journal of Caring Sciences*, 9(2), 87-92. <https://doi.org/10.34172/jcs.2020.013>

ANEXOS

Anexo I – Texto informativo para los participantes (encuesta)

¡Hola! Soy Noelia Jiménez Orenga, psicóloga y estudiante del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria en la Universitat Jaume I. Esta encuesta ha sido creada para la realización de mi Trabajo de Final de Máster (TFM), cuyo objetivo general es estudiar la relación entre distintas variables clínicas de relevancia en los trastornos emocionales (diferentes trastornos depresivos y de ansiedad), en función de la preocupación.

La encuesta está dirigida a la población general adulta, por lo que si tiene 18 años o más y desea participar en el estudio, su contribución será de gran ayuda.

A continuación, encontrará cinco preguntas referentes a datos demográficos (sexo, género, edad, nacionalidad y nivel de estudios), y cuatro instrumentos de evaluación validados para recoger medidas clínicas de preocupación, intolerancia a la incertidumbre, evitación experiencial y dificultades en la regulación emocional. **Es muy importante que, si decide participar, responda a todas las preguntas que conforman la encuesta con la mayor sinceridad.**

Los datos que se solicitan son completamente anónimos, de modo que en ningún momento pueden asociarse a personas físicas identificadas ni identificables. La finalidad del tratamiento es académica y de investigación. Si antes de cumplimentar la evaluación tiene alguna pregunta acerca del anonimato y confidencialidad de los datos, puede escribirme un correo electrónico a la siguiente dirección: al260568@uji.es.

Continuar avanzando en el formulario significará proporcionar el consentimiento informado para participar en el estudio y para el tratamiento de los datos, que son totalmente anónimos. Así, el hecho de cumplimentar y enviar la encuesta será una acción afirmativa que otorgará el consentimiento. No obstante, si lo desea, puede abandonar la encuesta en cualquier momento.

Si, por cualquier razón, no puede cumplimentar el formulario de una sola vez, los datos rellenados se guardarán hasta una semana después, por lo que puede volver a entrar más tarde y seguir cumplimentando la encuesta hasta el final.

Su contribución es muy importante.

¡Muchas gracias por participar!

Anexo II – Texto de difusión (LinkedIn, Facebook y Whatsapp)

LinkedIn/Facebook

¿Eres mayor de edad? ¿Te gustaría contribuir a la investigación en el campo de la salud mental? Si es así, puedes hacerlo clicando en el enlace y cumplimentando la encuesta. Tu contribución es muy importante y no te llevará más de 15 minutos.

Soy psicóloga y estudiante del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria en la Universitat Jaume I. La siguiente encuesta ha sido creada para la realización de mi Trabajo de Final de Máster, cuyo principal objetivo es estudiar la relación entre distintas variables de relevancia en los trastornos emocionales en función de la preocupación. ¡Te agradecería mucho tu participación en la encuesta!

También agradezco si puedes compartir o recomendar/dar "me gusta" a la publicación para ayudarme a difundirla y llegar al máximo número de personas.

Whatsapp

¿Eres mayor de edad? ¿Te gustaría contribuir a la investigación en el campo de la salud mental? Si es así, puedes hacerlo clicando en el enlace y cumplimentando la encuesta. Tu contribución es muy importante y no te llevará más de 15 minutos.

Soy psicóloga y estudiante del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria en la Universitat Jaume I. La siguiente encuesta ha sido creada para la realización de mi Trabajo de Final de Máster, cuyo principal objetivo es estudiar la relación entre distintas variables de relevancia en los trastornos emocionales en función de la preocupación. ¡Te agradecería mucho tu participación en la encuesta!

También agradezco si puedes compartirla para ayudarme a difundirla y llegar al máximo número de personas.

