

## **EL “CUESTIONARIO DE PREOCUPACIÓN Y ANSIEDAD” COMO INSTRUMENTO DE CRIBADO PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA: PROPIEDADES DIAGNÓSTICAS**

Manuel González, Ignacio Ibáñez, Livia García y Víctor Quintero  
*Universidad de La Laguna (España)*

### **Resumen**

En este trabajo presentamos la capacidad diagnóstica del “Cuestionario de preocupación y ansiedad” (WAQ) en la versión española, que evalúa los criterios del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) según el DSM-5 (APA, 2013). Se realizaron dos tipos de análisis: las curvas ROC para conocer la exactitud diagnóstica y la regresión logística, para analizar la clasificación de cada uno de los ítems que lo forman. El cuestionario se administró a una muestra de 94 personas sin trastorno y 33 personas con TAG, con edades de entre los 19 y los 66 años, junto con otras medidas del TAG. Los resultados sugieren un punto de corte mayor de 56, que proporciona un balance adecuado entre sensibilidad (86,7%) y especificidad (89,4%). Estos resultados ofrecen apoyo a la utilidad diagnóstica del WAQ como instrumento de cribado para la detección temprana del TAG en contextos comunitarios, de atención primaria y secundaria. Los resultados se discuten atendiendo a las divergencias de los trabajos revisados y a las recomendaciones del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica sobre el empleo de cuestionarios ultrabreves como instrumentos de cribado.

**PALABRAS CLAVE:** *Cuestionario de preocupación y ansiedad, WAQ, características operativas del receptor, curvas ROC.*

### **Abstract**

In this paper, we present the diagnostic capacity of the Worry and Anxiety Questionnaire (WAQ) in the Spanish version, which evaluates the criteria of generalized anxiety disorder (GAD) according to DSM-5 (APA, 2013). The ROC curves were performed to know the diagnostic accuracy of the WAQ, and logistic regression to analyze the classification of each of the items that comprise it. The questionnaire was administered to a sample of 94 people with no disorder and 33 individuals with generalized anxiety disorder, aged between 19 and 66 years, along with other GAD measurement tests. The results suggest a cut point above 56, which provide an adequate balance between sensitivity (86.7%) and specificity (89.4%). These results support the diagnostic utility of WAQ as a screening tool for the early detection of GAD in community, primary and secondary care contexts. The results are discussed taking into account the divergences of the work reviewed and the recommendations of the National

Institute for Health and Care Excellence on the use of ultra-short tests as screening tools.

KEY WORDS: *Worry and Anxiety Questionnaire, WAQ, receiver operator characteristic, ROC curves.*

## Introducción

El interés científico por el estudio del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se ha incrementado en los últimos años. A pesar de ello, en la actualidad la investigación del TAG es la más escasa de los trastornos de ansiedad, aun siendo un trastorno con una elevada prevalencia, su estudio, a nivel mundial, no se relaciona con este hecho (García-Campayo *et al.*, 2010). Es importante destacar que el TAG es considerado como el trastorno emocional más básico “porque se compone de las características de la preocupación crónica y el afecto negativo, que están presentes en diversos grados en todos los trastornos emocionales” (Brown, Chorpita y Barlow, 1998, p. 188). Desde una perspectiva complementaria se ha planteado como una dimensión transdiagnóstica, más que como una entidad diagnóstica concreta (Marcus, Sawaqdeh y Kwon, 2013).

Históricamente el TAG se ha considerado como una ansiedad difusa libre o flotante (Freud, 1966) ansiedad continua (Wolpe, 1958) o neurosis de ansiedad (Marks y Lader, 1973). Esta persistencia de la ansiedad define el TAG en el DSM-III (APA, 1980), considerándose como un trastorno residual. No será hasta el DSM-III-R (APA, 1987) cuando se produzca un avance significativo en su definición (enfaticando la preocupación excesiva) que culmina con el DSM-IV, DSM-IV-TR (APA, 1994; 2000) y prácticamente no se modifican en el DSM-5 (APA, 2013).

De la misma forma que existieron problemas en la conceptualización y definición de los criterios diagnósticos del TAG, las primeras evaluaciones sobre el trastorno eran inespecíficas. Evaluando básicamente la sintomatología ansiosa, con pruebas generales tales como el “Cuestionario de ansiedad estado-rasgo” (*State-Trait Anxiety Inventory*, STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1983), la “Escala de ansiedad y depresión hospitalaria” (*The Hospital Anxiety and Depression Scale*, HAD; Zigmond y Snaith, 1983) y la “Escala Hamilton de evaluación de la ansiedad” (*Hamilton Anxiety Rating Scale*, HARS; Hamilton, 1959), o el “Inventario Beck de ansiedad” (*Beck Anxiety Inventory*, BAI; Beck y Steer, 1993). Recomendaciones que aún persisten en algunos textos (Baer y Blais, 2010; Fernández-Ballesteros, 2002).

Tras los criterios del DSM-IV (APA, 1994) aparecen pruebas más adecuadas y específicas para la evaluación del TAG o su componente cognitivo básico y novedoso, la preocupación excesiva, siendo el primero el “Inventario de preocupación del Estado de Pensilvania” (*Penn State Worry Questionnaire*, PSWQ; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec 1990), diseñado específicamente para evaluar la preocupación como proceso cognitivo. Sin embargo, no evalúa los síntomas somáticos. Le siguen, entre otros, el “Cuestionario de preocupación y ansiedad” (*Worry and Anxiety Questionnaire*, WAQ; Dugas *et al.*, 1995; 2001), el “Cuestionario del trastorno de ansiedad generalizada” (*Generalized Anxiety*

*Disorder Questionnaire*, GAD-Q-IV; Newman *et al.*, 2002) y la "Escala del trastorno de ansiedad generalizada-7" (*Generalized Anxiety Disorder-7 Scale*, GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams y Löwe, 2006). Aunque se debe tener en cuenta que estos cuestionarios estarían más indicados como instrumentos de cribado (*screening*), pese a lo cual tanto el WAQ como el GAD-Q-IV nos permiten conocer los síntomas concretos que están presentes en cada paciente, lo que no ocurre con el GAD-7, lo que le resta valor clínico. Pero, para un diagnóstico de trastorno de ansiedad es necesario el empleo de entrevistas estructuradas, como ocurre con la "Entrevista estructurada para los trastornos de ansiedad y trastornos relacionados, según el DSM-5 (ADIS-5): versión para adultos" (*Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5): Adult version*, ADIS-5; Brown y Barlow, 2014).

Pese a estas innovaciones y debido a su alta prevalencia, tanto en atención primaria como secundaria, el TAG sigue siendo un trastorno muy poco reconocido en la práctica clínica (Beesdo, Knappe y Pine, 2009). Este escaso reconocimiento lleva a que, a pesar de los tratamientos cognitivo conductuales existentes, que han probado su eficacia, sólo el 9,10% de los pacientes recibe tratamiento en atención primaria y el 41% de los pacientes no reciben ningún tratamiento actual (Latorre *et al.*, 2012). Todo ello hace necesario un diagnóstico fiable y exacto de estos pacientes en atención primaria de cara a iniciar un tratamiento eficaz y eficiente. De ahí la importancia de contar con pruebas de cribado rápidas y con exactitud diagnóstica.

El "Cuestionario de preocupación y ansiedad" (*Worry and Anxiety Questionnaire*, WAQ) fue el primer cuestionario elaborado específicamente para evaluar el TAG según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000). Es ampliamente usado para evaluar la presencia de TAG, la gravedad de sus síntomas o los cambios en los mismos. Y está vinculado al modelo explicativo del TAG del grupo de Dugas (Dugas, Gagnon, Ladouceur, Freeston, 1998; Dugas y Robichaud, 2007). El WAQ (Dugas *et al.*, 1995; 2001) se adapta a los criterios del DSM-IV-TR, si bien tiene como limitación que no contempla por igual el carácter excesivo y las consecuencias de la preocupación y de la ansiedad. Está compuesto por 11 ítems. El primero, de respuesta libre, pregunta por los temas o asuntos que le preocupan con más frecuencia. El siguiente ítem cuestiona si las preocupaciones han sido excesivas o exageradas (no así para el caso la ansiedad). El ítem tres plantea ¿cuántas veces se ha sentido incómodo o molesto por una preocupación excesiva en los últimos seis meses? no contemplando este aspecto para la ansiedad. La dificultad para controlar las preocupaciones (4º ítem), la presencia de síntomas de ansiedad básicamente somáticos (ítem 6) y el grado en que la preocupación o la ansiedad interfieren en la vida cotidiana, concluyen la prueba. Como se observa, una característica (y quizás problema del WAQ) es que se enfatiza más en la preocupación que la ansiedad.

La adaptación al español del WAQ presenta una adecuada validez de constructo. Sus propiedades psicométricas son satisfactorias (González *et al.*, 2013; Ibáñez *et al.*, 2000). Sin embargo, existen escasos estudios sobre sus propiedades diagnósticas, lo que aconseja la conveniencia de aportar información sobre las mismas. En el primer estudio sobre la prueba, Dugas *et al.* (1995 y 2001)

informaron que la sensibilidad era de un 89,5% y la especificidad de un 94,75%. La muestra consistió en 19 personas con TAG y otras tantas sin ese diagnóstico, según la ADIS-IV, con una edad media de 37,7 años ( $DT= 7,4$ ). No se informó del punto de corte asumido ni de cómo se valoró o no el cumplimiento de cada criterio diagnóstico. El segundo estudio fue realizado en nuestro país por Nuevo (2005) con población anciana. Se seleccionó aleatoriamente por muestreo estratificado por edad y sexo a un 3% de los mayores de 65 años de un núcleo urbano, de los cuales participaron el 58%. Tras la exclusión de posibles casos con trastornos cognitivos la muestra final fue de 97 personas. Mediante una entrevista diagnóstica estructurada se concluyó que siete de ellas presentaban TAG. A través del empleo de curvas ROC se propuso un punto de corte de 38 (sensibilidad 1, especificidad 0,91) y área bajo la curva (AUC) de 0,97. Se concluyó sobre la utilidad diagnóstica del WAQ, pero no se aportaron datos sobre la bondad de la entrevista diagnóstica. Igualmente, no quedó claro si se empleó una adaptación del WAQ para mayores o la validación para población general de Ibáñez *et al.* (2000), que empleamos en nuestro estudio<sup>2</sup>. Indicar por último que el número de pacientes con TAG es muy bajo. El tercer y último trabajo se llevó también a cabo en la Universidad de Laval (Canadá) por parte del grupo de Dugas (Belleville, Bélanger, Ladouceur y Morin, 2008)<sup>3</sup>. Se aplicó el WAQ a 1.110 personas, de las que 219 mostraron síntomas de TAG. Se seleccionaron aleatoriamente a 100 y 33 de ellos aceptaron ser evaluados mediante la ADIS-IV. Informan de una sensibilidad de 84,2% y especificidad del 61,5%. El número de falsos negativos fue de 3/19 (15,7%) y el de falsos positivos fue de 5/13 (38,5%), por lo tanto, el poder predictivo positivo y negativo es, pues, de 76,2% y 72,7%, respectivamente. No se concreta el punto de corte óptimo ya que el interés del trabajo está en optimizar el criterio de corrección de la prueba. Los análisis de regresión indicaron que los elementos más útiles para identificar personas con TAG fueron los que evaluaron la presencia de preocupaciones excesivas y exageradas, el número de días en que la persona se sintió perturbada por sus preocupaciones excesivas, el grado en el que la preocupación interfiere con el funcionamiento diario y el grado de control sobre las preocupaciones (Belleville *et al.*, 2008).

Como complemento a las buenas propiedades psicométricas del WAQ en población general y clínica (Dugas *et al.*, 2003; 2010; Dugas *et al.*, 1995; Dugas *et al.*, 1998; Ibáñez *et al.*, 2000), nuestro objetivo en este trabajo es el estudio de la exactitud diagnóstica. Es decir, por un lado, determinar la capacidad del cuestionario para detectar el TAG cuando está presente y descartar el trastorno cuando no lo está; y por otro, conocer la capacidad de clasificación de cada uno de los ítems del cuestionario entre las personas con y sin TAG.

---

<sup>2</sup> En otro trabajo de este grupo de investigación (Nuevo y Montorio, 2005) se refieren a una versión española propia (Montorio, Nuevo, Izal, Márquez y Losada, 2005), en tanto que en Montorio, Nuevo, Márquez, Izal y Losada (2003) remiten a la tesis doctoral de Nuevo (2001).

<sup>3</sup> Hay algunas incongruencias en los datos del artículo, por ejemplo, en la figura 1, se informa de 20 personas con TAG, pero en el texto se indican 19. Ante esta situación, informamos de los valores que presentan los autores en el texto.

## Método

### Participantes

La muestra estuvo compuesta por 127 personas, 94 sin TAG y 33 con TAG. El 61% eran mujeres, la media de edad fue de 38,8 años ( $DT=10,9$ ; rango 19-66) y la moda de 36. En cuanto a los estudios un 19,5 % de la muestra tenían estudios primarios, el 17,9% ha cursado estudios secundarios, el 17,1% posee título de formación profesional y 40,7% tiene título universitario. Si tenemos en cuenta el estado civil, el 43,9% eran solteros, el 35,8% casados, el 16,3% eran divorciados o separados y el 3,3% poseían otro estado civil diferente de los mencionados. En cuanto al lugar de residencia de los participantes, el 83,6% vivía en zonas urbanas y el 16,4% en zonas rurales. Pueden consultarse estos y otros aspectos en la tabla 1.

Veinte personas del grupo con TAG informaron haber recibido ayuda psicológica, asesoramiento emocional o de salud mental en los últimos seis meses (ninguno del grupo de comparación). Sólo cinco personas (todas ellas con TAG) pidieron esta ayuda antes de los seis últimos meses. Todos los miembros del grupo con TAG (y solo ellos) recibían en ese momento ayuda psicológica, asesoramiento emocional y/o de salud mental. Sólo tres personas del grupo con TAG informaron que consumían algún tipo de drogas o alcohol que pudiera modificar su estado de ánimo.

En la tabla 1 se muestran los niveles de depresión de cada muestra, evaluados con el BDI-II. Como se puede apreciar, la sintomatología depresiva es más frecuente y grave en la muestra con TAG.

**Tabla 1**

Nivel de gravedad en sintomatología depresiva en la muestra clínica y normal

TAG (n= 33)		No TAG (n= 94)		Gravedad síntomas depresivos (BDI-II)	
n	%	n	%		
1	3,03	64	68,09	0-13	Sin depresión
4	12,12	17	18,09	14-18	Leve
14	42,42	9	9,57	19-27	Moderada
14	42,42	4	4,26	>28	Grave

Nota: TAG= Trastorno de ansiedad generalizada; BDI-II= Inventario de depresión de Beck-II.

### Instrumentos

Para la realización de este trabajo se contó con una muestra clínica de personas con TAG y otra muestra normal constituida por personas sin TAG. Con la muestra clínica se emplearon los siguientes instrumentos de evaluación:

- a) "Entrevista estructurada para los trastornos de ansiedad según el DSM-IV" (*Anxiety Disorders Interview Schedule para el DSM-IV*, ADIS-IV; Brown, Di Nardo y Barlow, 1994), sección relativa al TAG. Se trata de una entrevista diagnóstica que comienza indagando sobre aspectos claves del trastorno. En

caso de que resulten afirmativos, se continuaría con otras características asociadas al trastorno. De esta manera se determinaría la gravedad y el cuadro clínico específico para cada sujeto.

- b) "Entrevista diagnóstica internacional compuesta" (*Composite International Diagnostic Interview*, CIDI, versión 2.1; Organización Mundial de la Salud [OMS], 1997) versión adaptada para un estudio epidemiológico sobre salud mental por Díaz (2001). Se utilizó la sección D63 específica al TAG, que obtiene la clasificación del TAG según los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) y la CIE-10 (OMS, 1992), mediante un algoritmo de software de ordenador. La CIDI 2.1 presenta una alta fiabilidad intervaluadores (Wittchen *et al.*, 1991), test-retest (Wacke *et al.*, 2006), así como elevada consistencia interna (Wittchen, 1994). En esta sección se siguen los mismos criterios de la ADIS-IV antes mencionada.
- A la muestra normal se le administraron los siguientes cuestionarios:
- c) "Cuestionario de preocupación y ansiedad" (*Worry Anxiety Questionnaire*, WAQ; Dugas *et al.*, 2001; Dugas, Freeston, Lachance, Provencher y Ladouceur, 1995). A través de 11 ítems mixtos evalúa dos factores: emocionalidad, referido a los seis síntomas somáticos del TAG (alfa 0,84 y una fiabilidad test-retest de 0,61) y preocupación, que reúne los síntomas cognitivos del TAG (alfa 0,86 y fiabilidad test-retest de 0,70). La escala en su conjunto tiene una fiabilidad alfa de 0,90, test-retest de 0,90 y validez convergente y discriminante adecuadas (Ibáñez *et al.*, 2000).
- d) "Inventario de preocupación del Estado de Pensilvania" (*Penn State Worry Questionnaire*, PSWQ; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990). Es un inventario de 16 ítems que evalúa el rasgo de preocupación. El coeficiente de fiabilidad test-retest es de 0,93 y la consistencia interna de 0,95.
- e) "Cuestionario del trastorno de ansiedad generalizada-IV" (*Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV*; GAD-Q-IV; Newman *et al.*, 2002). Este cuestionario consta de nueve ítems. Las respuestas a las preguntas 1, 2, 3, 4 y 6 se responden de manera dicotómica ("Sí"/"No"), la pregunta 5 es abierta y las personas deben anotar seis áreas de preocupación. Las preguntas 8 y 9 se responden en una escala tipo Likert de 0 ("nada") a 8 ("muy gravemente"). La fiabilidad test-retest a las dos semanas es de 0,64, con coeficientes de consistencia interna que oscilan entre 0,73 y 0,75 (Newman *et al.*, 2002).
- f) "Escala del trastorno de ansiedad generalizada" (*Generalized Anxiety Disorder-7 Scale*, GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams y Löwe, 2006). La GAD-7 evalúa el TAG según criterios del DSM-IV (APA, 1994). Consta de siete ítems, donde se le pregunta al paciente por la presencia de una serie de síntomas durante las dos últimas semanas, y se responde en una escala tipo Likert de cuatro puntos (0= "nunca", 1= "varios días", 2= "la mitad de los días" y 3= "casi a diario"). La consistencia interna de la escala es de 0,92 y la fiabilidad test-retest es de 0,83.

### *Procedimiento*

Se recogieron, de forma independiente, los datos a los pacientes con TAG y a las personas sin sintomatología asociada al TAG.

Con el objetivo de llevar a cabo una intervención cognitivo conductual para el TAG se contactó con el servicio de Salud Mental del Servicio Canario de Salud, quienes previa información y autorización, remitieron a los pacientes para su posible incorporación al ensayo clínico. Los psicólogos de salud mental derivaban a los pacientes cuando acudían por primera vez a consulta, tras su valoración. Los psiquiatras remitían pacientes con TAG que mantuvieran medicación constante mientras duraba el tratamiento (3,5 meses). A esta muestra se le pasó la entrevista estructurada ADIS-IV y la CIDI (sólo la sección de ansiedad en ambas entrevistas) para la confirmación del diagnóstico. En ningún caso hubo discrepancias entre ambas entrevistas. Los entrevistadores eran psicólogos en ejercicio ajenos al programa de tratamiento y con entrenamiento y manejo previo en ambas entrevistas. Cada paciente fue evaluado sólo por un entrevistador y éste nunca entrevistó a un mismo paciente con las dos entrevistas. Todos los participantes recibieron el diagnóstico de TAG, no mostrando ningún otro trastorno de ansiedad.

Si bien no se presenta la información en este trabajo, cumplimentaron además del WAQ, el GAD-Q-IV, el GAD-7, el PSWQ, el BAI y el BDI-II.

La muestra sin TAG se seleccionó de un estudio paralelo de 504 personas. Para su obtención se contó con la colaboración de 17 estudiantes de psicología y psicopedagogía, quienes tras ser entrenados (y cumplimentar ellos mismos la batería de pruebas), la aplicaron a ocho personas mayores de 18 años de su entorno, balanceados por sexo. Con ello se facilitó el acceso a la comunidad extrauniversitaria, favoreciendo la validez ecológica de los datos.

Entre otras pruebas se aplicaron a esta muestra el WAQ, el GAD-Q-IV el GAD-7, el PSWQ, el BAI y el BDI-II. De esta muestra se seleccionaron a quienes tenían al menos el WAQ y otras dos pruebas de cribado del TAG debidamente cumplimentadas. Un segundo criterio fue no tener TAG en dos de las pruebas disponibles (o tres, en su caso), independientemente de lo que ocurriera con el WAQ. Finalmente, para poder equiparar las muestras se seleccionaron tres sujetos sin trastorno por cada sujeto clínico y se procuró que tuviesen características sociodemográficas equiparables, tales como el sexo, la edad, el nivel de estudios, el estado civil y la residencia.

### *Análisis de datos*

Para poder describir y comparar las dos muestras del estudio se realizó un ANOVA para la edad y pruebas de chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) para el resto de las variables sociodemográficas. Se llevó a cabo el análisis de las curvas ROC para el total del WAQ, con el fin de determinar la sensibilidad y especificidad, a través del programa MedCalc-13 para Windows, v. 13.0 (2014). Se empleó el método no paramétrico desarrollado por Hanley y McNeil (1982). Para el cálculo de los valores pronósticos positivos y negativos, se partió de una prevalencia estimada del TAG

de 2,5% (Díaz, 2001). Para determinar qué ítems diferenciaban mejor entre ambas muestras, se llevó a cabo una regresión logística con el SPSS para Windows, v. 19.0 (IBM SPSS, 2010) y MedCalc-13, introduciendo los ítems del WAQ.

## Resultados

El análisis de posibles diferencias en variables sociodemográficas entre el grupo con TAG y el grupo sin TAG se muestra en la tabla 2. El ANOVA para la edad y chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) para el resto de variables descartó la existencia de diferencias significativas entre las personas con o sin TAG.

Con relación a la exactitud del WAQ, en la figura 1 se observa el análisis de las curvas ROC que indican que, dado que la curva es bastante próxima a la esquina superior izquierda, la exactitud global de la prueba es alta: El WAQ discrimina de manera efectiva la presencia o ausencia del TAG. En la tabla 3 mostramos otros índices asociados. El índice de Youden (0,76) sugiere un punto de corte  $>56$  con una sensibilidad de 86,7% y una especificidad de 89,4%, considerándose como una prueba equilibrada.

**Tabla 2**

Descripción muestral y comparación entre la muestra con trastorno de ansiedad generalizada y sin el trastorno

Variables	Muestra sin TAG (n= 94)		Muestra con TAG (n= 33)		F		p
	M	DT	M	DT			
Edad	36,87	11,02	39,15	11,60	0,079		0,779
Sexo	n	%	n	%	$\chi^2$	gl	p
Hombre	36	38,3%	12	36,4%	0,016	1	0,900
Mujer	58	61,7%	21	63,6%			
Estado civil							
Soltero	40	42,6%	15	46,9%	0,425	3	0,935
Casado	35	37,2%	9	27,3%			
Separado/Divorciado	16	17,0%	6	18,2%			
Otro	3	3,2%	2	6,30%			
Residencia							
Zonas urbanas	78	83,0%	27	81,12%	0,002	1	0,963
Zonas rurales	16	17,0%	6	19,05%			
Nivel de estudios							
Primarios	19	20,12%	8	24,24%	4,842	4	0,304
Bachillerato	16	17,02%	8	24,24%			
Formación profesional	17	18,08%	8	24,24%			
Diplomado	34	36,17%	9	27,27%			
Licenciado	8	5,41%	0	0%			

Nota: TAG= trastorno de ansiedad generalizada.

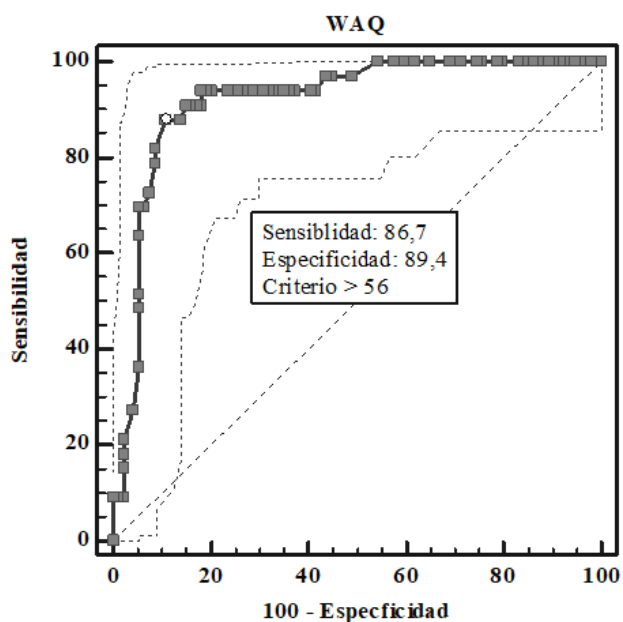
A modo de resumen, en la tabla 4 se observan los valores de la sensibilidad y especificidad, los valores predictivos positivos y negativos para diferentes puntos de corte. Los puntos de corte propuestos no penalizan la sensibilidad o la especificidad. En la figura 2, observamos el mapa territorial del WAQ, donde se



pueden observar las personas que quedan por debajo o por encima de los puntos de corte 56 o 57. Como es previsible los resultados son muy similares.

**Figura 1**

Curva ROC para el "Cuestionario de preocupación y ansiedad" (WAQ) en pacientes con y sin trastorno de ansiedad generalizada



**Tabla 3**

Índices de Youden y área bajo la curva en las curvas ROC

Índice de Youden	
Índice de Youden J	0,7603
Intervalo de confianza 95% <sup>a</sup>	0,5962 a 0,8496
Criterio asociado	> 56
Intervalo de confianza 95% <sup>a</sup>	46 a 57
Área bajo la curva (AUC) ROC	
Área bajo la curva (AUC) ROC	0,918
Error típico	0,0277
Intervalo de confianza 95%	0,856 a 0,960
Estadístico z	15,116
Nivel de significación p (Area=0.5)	< 0,0001
Criterio óptimo del índice de Youden	
Criterio óptimo	> 57
Intervalo de confianza 95%	46,083775771 a 61
Sensibilidad	83,33
Especificidad	91,49

**Tabla 4**

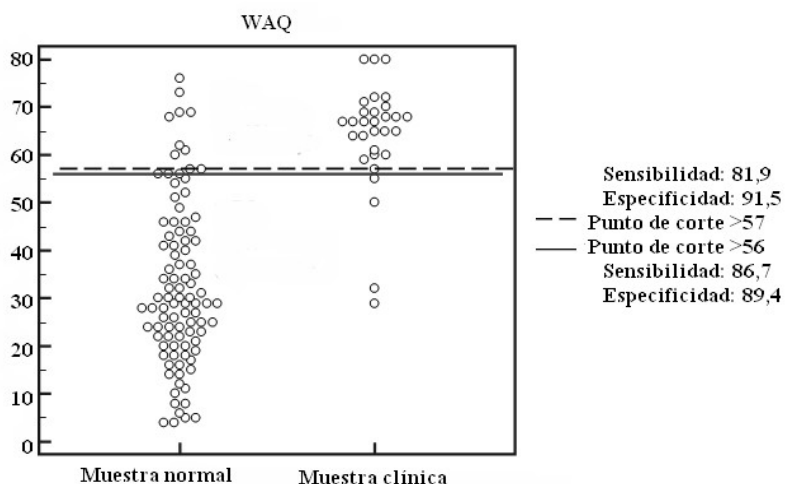
Sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo para una prevalencia del 2,5% para el "Cuestionario de preocupación y ansiedad" (WAQ)

Criterio	Sensibilidad	95% IC	Especificidad	95% IC	PPV	NPV
>47	93,33	77,9 - 99,2	80,85	71,4 - 88,2	11,1	99,8
>49	93,33	77,9 - 99,2	81,91	72,6 - 89,1	11,7	99,8
>50	90,00	73,5 - 97,9	81,91	72,6 - 89,1	11,3	99,7
>51	90,00	73,5 - 97,9	82,98	73,8 - 89,9	11,9	99,7
>52	90,00	73,5 - 97,9	84,04	75,0 - 90,8	12,6	99,7
>54	90,00	73,5 - 97,9	85,11	76,3 - 91,6	13,4	99,7
>55	86,67	69,3 - 96,2	86,17	77,5 - 92,4	13,8	99,6
<b>&gt;56</b>	<b>86,67</b>	<b>69,3 - 96,2</b>	<b>89,36</b>	<b>81,3 - 94,8</b>	<b>17,3</b>	<b>99,6</b>
<b>&gt;57</b>	<b>83,33</b>	<b>65,3 - 94,4</b>	<b>91,49</b>	<b>83,9 - 96,3</b>	<b>20,1</b>	<b>99,5</b>
>59	80,00	61,4 - 92,3	91,49	83,9 - 96,3	19,4	99,4
>60	73,33	54,1 - 87,7	92,55	85,3 - 97,0	20,2	99,3

Nota: Se han omitido los valores de sensibilidad y especificidad inferiores a 0,78; PPV= valores predictivos positivos; NPV= valores predictivos negativos. En negrita los puntos de corte Índice de Youden y el punto óptimo según el Índice de Youden, respectivamente.

**Figura 2**

Mapa territorial para los puntos de corte 56 y 57 del "Cuestionario de preocupación y ansiedad" (WAQ)



En la tabla 5 se presentan los resultados de los análisis de regresión logística, en los que se observa que las personas que informan tener una preocupación excesiva, con problemas para el control de la misma y dificultades de concentración, son las que tienen mayores probabilidades de tener un TAG. A ello hay que unir la interferencia de estos síntomas respecto a su vida cotidiana. Tal y

como se observa, los síntomas que clasifican a las personas con TAG, se refieren a la preocupación cognitiva, incluido la dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, aunque ésta corresponda a los criterios somáticos del TAG.

**Tabla 5**

Análisis de regresión logística de los ítems del "Cuestionario de preocupación y ansiedad" (WAQ)

Subescalas del WAQ	B	Error estándar	Wald	Sig	OR	IC 95% para OR	
						Inferior	Superior
Síntomas cognitivos							
Preocupación excesiva	0,75	0,25	8,81	0,003	2,12	1,29	3,494
Preocupación 6 meses	-0,05	0,36	0,02	0,897	0,95	0,46	1,94
Preocupación_control	0,87	0,41	4,45	0,035	2,37	1,06	5,31
Interferencia síntomas	0,70	0,36	3,86	0,049	2,01	1,00	4,03
Síntomas somáticos							
Inquietud	-0,23	0,32	0,52	0,473	0,79	0,42	1,49
Agotamiento	0,09	0,23	0,17	0,682	1,09	0,70	1,70
Falta de concentración	0,94	0,44	4,569	0,033	2,55	1,08	6,01
Irritabilidad	-0,13	0,27	0,25	0,618	0,87	0,52	1,47
Tensión	-0,14	0,27	0,26	0,611	0,87	0,52	1,46
Alteración sueño	-0,55	0,30	3,31	0,069	0,57	0,32	1,04

El porcentaje de clasificaciones correctas de la función resultante es del 92,4%, mostrando una mejor sensibilidad (94,4%) que especificidad (86,7%). El estadístico Hosmer y Lemeshow (2013) no es significativo ( $\chi^2[8]= 6,32$ ;  $p= 0,611$ ) reforzando la adecuación del instrumento. Por último, el área bajo la curva de ROC (AUC) es de 0,972 (IC 95% 0,923-0,993). Estos índices son mejores que los obtenidos cuando contemplamos la puntuación total del WAQ, apuntando, quizás, a la importancia de los síntomas concretos frente a una puntuación total que unifica y no pondera unos síntomas frente a otros.

## Discusión

Dada la alta prevalencia del TAG, la relativa percepción de normalidad de sus síntomas y los problemas diagnósticos asociados, se puede considerar que se trata de un trastorno infra diagnosticado e infra tratado en los servicios de salud de atención primaria y secundaria.

Un criterio importante de eficiencia, es contar con instrumentos de medidas exactos. En este caso, es un aspecto prioritario, teniendo en cuenta la dificultad en la práctica de la detección del TAG. A este respecto, el WAQ es una prueba con buena fiabilidad, validez de contenido, estructural y criterial (Ibáñez *et al.*, 2000). Se trata por ello de un instrumento ampliamente utilizado en contextos de investigación y en la práctica psicológica. A pesar de ello, los datos sobre su valor diagnóstico son escasos. Aunque es cierto que este enfoque de validación de los cuestionarios psicológicos no es muy frecuente, debería ser más usual cuando

hablamos de pruebas con un fuerte potencial diagnóstico como instrumentos de cribado.

Además, el WAQ se ha validado en España en población general (específicamente en una muestra canaria) y en una muestra de personas mayores de 65 años (Ibáñez *et al.*, 2000; Nuevo, 2005). Y en Canarias y países latinoamericanos (Argentina) en adolescentes (González, Rovella, Peñate, Ibáñez y Díaz, 2002; González, Rovella y Rausch, 2015; Rausch, Rovella, Barbenza y González, 2011). Lo que lleva a la conveniencia de contar con datos sobre su eficacia diagnóstica de cara a valorar su empleo en contextos sanitarios.

Nuestros resultados indican que, si tomamos un punto de corte de 56, su sensibilidad y especificidad son de 86,67% y 89,36%, respectivamente. Los estudios revisados en los que se aportan datos sobre la exactitud diagnóstica del WAQ no son directamente comparables. En una muestra española de siete personas ancianas con TAG se sugiere un punto de corte drásticamente inferior de 38<sup>4</sup> (Nuevo, 2005), una diferencia de casi 20 puntos respecto a nuestros resultados, que de momento no encontramos una justificación a esta disparidad de resultados. Incluso parecía que las personas mayores mostrarían un punto de corte más altos. Por ejemplo, Wisocki (1994) concluye que, a pesar de que las personas mayores tienen más problemas (enfermedades, limitaciones funcionales, déficit cognitivos) la tasa de preocupación es menor que entre los más jóvenes, al igual que la prevalencia del TAG (Blazer, George y Hughes, 1991). Las temáticas de preocupación son similares en uno y otro grupo de edad (Holaway, Rodebaugh y Heimberg, 2006; Tallis, Davey y Capuzzo, 1994) si bien los más mayores se centran más en temas de salud, autonomía y económicos (Montorio *et al.*, 2003). Tampoco los datos sobre el tiempo, o número de veces que se preocupan, o la duración de cada episodio de preocupación, aportan luz. Igualmente, no parece que la gravedad e incontrolabilidad sean un factor que diferencia, para peor, a los ancianos frente a los más jóvenes (Dugas y Robichaud, 2007).

El otro estudio revisado, no presenta el punto de corte, aunque los autores emplean una muestra de 19 pacientes con TAG, frente a 13 sin él. Su especificidad es muy baja, un 61,5% (Belleville *et al.*, 2008) frente a la obtenida en este trabajo, que fue de 89,36%. Por otro lado, los porcentajes de los falsos negativos fueron de un 15,7% y los porcentajes de falsos positivos de 38,5%, frente al 13,9% de falsos negativos y 89,36% de falsos positivos obtenidos en este trabajo, existiendo diferencia considerable en estos últimos.

En cuanto a los ítems del WAQ que parecen más relevantes (todos ellos cognitivos), tres coinciden en el estudio canadiense y en el actual: la preocupación excesiva, el grado de control sobre las preocupaciones y la interferencia de los síntomas (Belleville *et al.*, 2008). Es de destacar que en ambas investigaciones no clasifican los síntomas somáticos a las personas con TAG, excepto en la dificultad de concentración, que sí lo hace en el trabajo actual y que se explicaría como un proceso de índole cognitivo. Una explicación teórica a las ausencias de la

---

<sup>4</sup> Si deseáramos elegir un punto de corte igual que en el estudio previo tendríamos una elevada sensibilidad (93,33%). Sin embargo, la especificidad sería bastante más baja (67,02%), por lo que el instrumento sería menos efectivo a la hora de determinar la ausencia del trastorno de ansiedad generalizada.

clasificación de los síntomas somáticos, las podemos encontrar en los modelos contemporáneos del TAG, el modelo de evitación de la preocupación y el TAG (*avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder*) (Borkovec, Alcaine y Behar, 2004); el modelo de intolerancia a la incertidumbre (*the intolerance of uncertainty model*) (Dugas y Robichaud, 2007) y el modelo metacognitivo de Wells (*the metacognitive model of generalized anxiety disorder*) (Wells, 1995). Estos modelos, enfatizan como factores etiológicos y de mantenimiento del TAG, la evitación cognitiva y las metacogniciones sobre la preocupación, donde la preocupación es una actividad lingüística-verbal (Behar, Zellig y Borkovec, 2005), que inhibe las imágenes mentales asociadas a la activación somática y emocional. Esta inhibición imposibilita el procesamiento emocional del miedo que es teóricamente necesario para la habituación y la extinción del mismo (Foa, Huppert y Cahill, 2006). Además, en la vida real, donde las situaciones ambiguas son constantes, la preocupación se ve sometida a un reforzamiento positivo o negativo intermitente, dando lugar al sesgo confirmatorio sobre la utilidad de la preocupación, asimismo a menudo sobreestimada. A pesar de estas consecuencias negativas de la preocupación, los pacientes con TAG se aferran a un gran número de creencias sobre ella (Wells, 1999).

Existe una explicación alternativa más parsimoniosa y problemática para este predominio de los elementos cognitivos: El WAQ no contempla la ansiedad excesiva entre sus criterios, si bien como se anticipa en los modelos previos para el TAG parece conceptualmente más relevante el concepto de preocupación que el de ansiedad.

Como hemos señalado, una prueba que obtenga una elevada exactitud diagnóstica debería tener una sensibilidad y especificidad tan próximas al 100% como fuese posible. Los resultados de este trabajo parecen indicar que el "Cuestionario de preocupación y ansiedad" (CPA) cuenta con una elevada sensibilidad (86,7%) y especificidad (89,4%), indicando que la probabilidad de identificar el TAG cuando está presente es alta y la probabilidad de descartarlo cuando no lo está es también elevada, por lo que se ofrece apoyo a la utilidad diagnóstica de este cuestionario como instrumento de cribado para el TAG, tanto en contextos comunitarios como de atención primaria y secundaria. Una nota crítica, sin embargo, son sus bajos valores predictivos positivos (PPV) para los puntos de corte sugeridos. Si pensamos que para el clínico lo relevante es hacer predicciones correctas (es decir, si sospecho que el paciente tiene TAG, que efectivamente ese diagnóstico sea cierto) el WAQ tiene un problema: el PPV se sitúa en torno al 20%. ¿Es admisible una tasa de error del 80%? Claramente, no. Pero no podemos perder de vista que, a diferencia de los estudios previos, se trata de una PPV "corregido por la prevalencia estimada en esta población" del 2,5%. Esto supone que para prevalencias bajas los PPV son sistemáticamente bajos, aumentando este conforme aumenta la prevalencia. Por esta razón, ante prevalencias bajas dado que la probabilidad de estar enfermo es baja, los resultados positivos son poco informativos. Es más relevante los resultados negativos que si nos confirman la ausencia de la enfermedad. Y en nuestro caso este parámetro es cercano a 100%.

Los estudios previos no informan de este valor corregido, por lo que se puede considerar una limitación de ambos, pero además nos impide hacer comparaciones. Más aún, la tónica en los estudios de este tipo, al menos en lo que a la psicología se refiere, es no tener en cuenta la prevalencia estimada del trastorno para el cálculo de los valores pronósticos positivo o negativo, lo que conlleva a estimaciones cuestionables.

Esta situación, imposibilidad de confirmar un diagnóstico mediante el WAQ, no es ni mucho menos inusual. En la práctica las pruebas de cribado sólo pretenden detectar un posible caso y mediante otras pruebas (en paralelo o en serie) confirmar la sospecha diagnóstica. Desde otra lectura, quizás extremista, la pretendida exactitud diagnóstica no es el objetivo. O mejor dicho quizás deberíamos ser más modestos y ante la dicotomía ausencia/presencia, deberíamos optar por valorar el punto de vista del Colegio Americano de Radiografía (2003 y ratificado en el 2015) a la hora de interpretar adecuadamente los resultados de una mamografía. Para evitar subjetividades y objetivar los informes, han propuesto y operacionalizado seis categorías: inespecífico, negativo, benigno, probablemente benigno, anormalidad sospechosa de malignidad y anormalidad altamente sugestiva de malignidad. Y en los casos de anormalidad se contempla como segunda etapa para el diagnóstico la biopsia.

En este contexto llama la atención la recomendación del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (*National Institute for Health and Clinical Excellence*, NICE) del Reino Unido sobre el uso de pruebas cortas o ultracortas de cribado, recomendando el GAD-7 (Spitzer *et al.*, 2006) o el GAD-2 (versión de dos ítems del GAD-7) por su valor diagnóstico. En el trabajo actual se defiende que estos planteamientos suponen una visión excesivamente restrictiva de la eficiencia de una prueba. En términos de tiempo (coste) la (hetero) aplicación (o valoración con el paciente) del WAQ vs. el GAD-2 o GAD-7 no supone un incremento significativo. Sin embargo, la calidad de la información obtenida es mucho mayor en el WAQ; con lo que el coste en tiempo se convierte en información muy útil para analizar y limitar los problemas del paciente. Frente al GAD-2 o GAD-7, el WAQ nos permite conocer sus temas de preocupación, sus manifestaciones y sus consecuencias. Sin olvidar que, según como la apliquemos, seremos capaces de dar un salto del enfermo a la persona. La importancia de estas manifestaciones, o de cómo las experimenta el paciente, puede ser escasa desde un enfoque médico-farmacológico, pero son sustanciales cuando hablamos de una intervención psicológica. Más aun, esta información puede ser crucial en la toma de decisiones clínicas, especialmente en este caso en el que la prevalencia es baja.

El WAQ es un cuestionario fácil de cumplimentar, de corregir e interpretar y de explicar por los profesionales de la salud. Además, contiene los criterios actuales del DSM-5 (APA, 2013), salvo la ansiedad excesiva, aspecto éste que puede ser valorado por el clínico y que parece de menor prevalencia según las teorías explicativas mencionadas. A esto hay que añadir que el WAQ puede ser empleado en los distintos centros de atención primaria, por médicos y diplomados universitarios en enfermería, como ayuda útil para identificar pacientes con TAG.

Por ello, la utilización del WAQ, como un instrumento de cribado para la detección temprana del TAG, se recomienda en aquellos casos en los que el clínico

sospeche y quiera, o tenga que descartar de forma rápida esta psicopatología. Teniendo presente que en el caso de que resulte positiva la detección, se vería obligado a utilizar instrumentos más potentes como una entrevista estructurada como la ADIS-IV (Brown, Di Nardo y Barlow 1994).

En investigaciones posteriores es deseable contar con un volumen de pacientes con TAG más elevado y de mayor edad, de forma que los resultados sean más robustos y generalizables. Pese a que las personas de la muestra normal tenían puntuaciones bajas en los cuestionarios utilizados (y ese era un criterio de selección fundamental), un fallo metodológico de nuestro trabajo es no haber empleado una entrevista diagnóstica para confirmar la presencia o ausencia de TAG.

Este tipo de investigaciones son escasas para las pruebas diseñados en áreas psicológicas, a pesar de la existencia de algunos instrumentos breves y de cribado, por ejemplo, en el modelo tripartito de ansiedad y depresión (Tully, Wardenaar y Penninx, 2015). Pero aportan una información fundamental cuando se trata de instrumentos con una supuesta utilidad diagnóstica. En este contexto crítico se situó este estudio.

## Referencias

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM-III-R (3ª ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. DSM-IV (4ª edr.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (4ª ed. texto rev.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, VA: Autor.
- Baer, L. y Blais, M. A. (dir.) (2010). *Handbook of clinical rating scales and assessment in psychiatry and mental health*. Nueva York, NY: Humana Press.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (1993). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beesdo, K., Knappe, S. y Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32, 483-524.
- Behar, E., Zullig, A. R. y Borkovec, T. D. (2005). Thought and imaginal activity during worry and trauma recall. *Behavior Therapy*, 36, 157-158.
- Belleville, G., Bélanger, L., Ladouceur, R. y Morin, C. M. (2008). Sensibilité et spécificité du questionnaire sur les inquiétudes et l'anxiété (QIA) dans un échantillon d'utilisateurs de soins de santé au Québec [Sensitivity and specificity of the worry and anxiety questionnaire (WAQ) in a sample of health-care users in the province of Quebec]. *L'Encéphale*, 34, 240-248.
- BI-RADS: Atlas de diagnóstico por la imagen de mama. Colegio Americano de Radiología. Sociedad Española de Radiología Médica. Madrid 2006. (Orig. 2003).
- Blazer, D., George, L. K. y Hughes, D. (1991). The epidemiology of anxiety disorders: an age comparison. En C. Salzman y B. D. Lebowitz (dirs.), *Anxiety in the elderly: treatment and research* (pp. 17-30). Nueva York, NY: Springer.

- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M. y Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. En R. Heimberg, C. Turk y D. Mennin (dirs.), *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice* (pp. 77-108). Nueva York, NY: Guilford.
- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (2014). *Anxiety and related disorders interviews schedule for DSM-5 (ADIS-5): Adult version*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F. y 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*, 179-192.
- Díaz, F. (2001). *Un estudio epidemiológico* (Tesis doctoral, no publicada). Universidad de La Laguna. Tenerife.
- Dugas, M. J., Brillon, P., Savard, P., Turcotte, J., Gaudet, A., Ladouceur, R., Leblanc, R. Y Gervais, N. J. (2010). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, *41*, 46-58.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Lachance, S., Provencher, M. y Ladouceur, R. (1995). *The Worry and Anxiety Questionnaire: initial validation in non-clinical and clinical samples*. Comunicación presentada en la Reunión Anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, D.C.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., Lachance, S., Ladouceur, R. y Gosselin, P. (2001). Le Questionnaire sur le Inquiétude et l'Anxiété: validation dans des échantillons non cliniques et cliniques. *Journal de Therapie Comportementale et Cognitive*, *11*, 31-36.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R. y Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 215-226.
- 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., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langlois, F., Provencher, M. D. y Boisvert, J. M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 821-825.
- Dugas, M. J. y Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: from science to practice*. Nueva York, NY: Routledge.
- Fernández-Ballesteros, R. (Ed) (2002). *Encyclopedia of psychological assessment*. Londres: Sage.
- Foa, E. B., Huppert, J. D. y Cahill, S. P. (2006). Emotional processing theory: an update. En B. O. Rothbaum (dir.), *Pathological anxiety: emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3-24). Nueva York, NY: Guilford.
- Freud, S. (1966). Anxiety. En J. Strachey (dir. y Trans.), *Introductory lectures on psychoanalysis* (pp. 487-511). Nueva York, NY: Norton. (Orig. 1920).
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., Freire, O. y Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) Scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, *8*, 8.
- González, M., Ibáñez, I., Rovella, A., López, M. y Padilla, L. (2013). Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre: relaciones con variables psicopatológicas. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *21*, 81-101.



- González, M., Rovella, A., Peñate, W., Ibáñez, I. y Díaz, F. (2002). Grado de amenaza y malestar frente a situaciones ambiguas con relación al nivel de intolerancia hacia la incertidumbre, preocupación y obsesionalidad. *Psicología Conductual*, 2, 251-268.
- González, M., Rovella, A. y Rausch, L. (2015). Vulnerabilidad Cognitiva y relación con situaciones ambiguas en adolescentes. En V. A., Martínez-Núñez, P., Godoy Ponce, M., A. Piñeda, M. B. Fantín, M. Cuello Pagnone, L. Bower, N. De Andrea, E. González, N. Katzer y E. Lucero Morales (dirs.), *Avances y desafíos para la psicología* (pp. 219-234). San Luis: Nueva Editorial Universitaria.
- Hamilton, M.A. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hanley, J. A. y McNeil, B. J. (1982). The meaning and use of the area under a receiver operating characteristic (ROC) curve. *Radiology*, 143, 29-36.
- Holaway, R., Heimberg, R. y Coles, M. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 158-174.
- Hosmer, D. W., Lemeshow, S. y Sturdivant, R. X. (2013). *Applied Logistic Regression*. Nueva York, NY: John Wiley and Sons.
- Ibáñez, I., González, M., Fernández-Valdés, A., López-Curbelo, M., Rodríguez, M. y García, C. D. (2000). El cuestionario de preocupación y ansiedad: un instrumento para la evaluación del trastorno de ansiedad generalizada. *Ansiedad y Estrés*, 6, 203-221.
- IBM SPSS (2010). SPSS Statistics 19.0 [programa de ordenador]. Chicago, IL: Autor.
- Latorre, J. M., Navarro, B., Parra, M., Salguero, J. M., Mae, C y Cano, A. (2012). Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un problema sin resolver. *Revista Clínica Médica Familiar*, 5, 37-45
- Marcus, D. K., Sawaqdeh, A. y Kwon, P. (2014). The latent structure of generalized anxiety disorder in midlife adults. *Psychiatry Research*, 215, 366-371
- Marks, M. y Lader, M. (1973). Anxiety states (anxiety neurosis): a review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 156, 316.
- MedCalc (2014). MedCalc Software para Windows, v. 13.0 [programa de ordenador], Ostend: Autor.
- Meyer, R. E., 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.
- Montorio, I., Nuevo, R., Márquez, M., Izal, M. y Losada, A. (2003). Characterization of worry according to severity of anxiety in elderly living in the community. *Aging and Mental Health*, 7, 334-341.
- Newman, M. G., Zullig, A. R., Kachin, K. E., Constantino, M. J., Przeworski, A., Erickson, T. y Cashman-McGratch, L. (2002). Preliminary reliability and validity of the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV: a revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 33, 215-233.
- National Institute for Health and Care Excellence (2011). *Generalized anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: management in primary, secondary and community care*. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG113>
- Nuevo, R. (2005). Sensibilidad y especificidad del cuestionario de preocupación y ansiedad para la detección del trastorno de ansiedad generalizada en la edad avanzada. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, 135-142.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación estadística internacional de las enfermedades y problemas de salud. 10ª edición (CIE-10)*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (1997). *Entrevista diagnóstica internacional compuesta (CID): versión medular 2.1*. Ginebra: Autor.

- Rausch, L., Rovella, A., Barbenza, C. y González, M. (2011), Procesos cognitivos del trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes. *Psicología y Salud*, 21, 215-226.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Vagg, P. R. y Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. y Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092-1097.
- SPSS Inc. Released (2009). PASW Statistics for Windows, Version 18.0. Chicago: SPSS Inc.
- Tallis, F., Davey, G. C. L. y Capuzzo, N. (1994). The phenomenology of non-pathological worry: a preliminary investigation. En G. C. L. Davey y Tallis (dirs.), *Worrying: perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 61-89). Nueva York, NY: John Wiley and Sons.
- Tully, P. J., Wardenaar, K. J., y Penninx, B. W. J. H. (2015). Operating characteristics of depression and anxiety disorder phenotype dimensions and trait neuroticism: a theoretical examination of the fear and distress disorders from the Netherlands study of depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 174, 611-618.
- Wacker, H. R., Battegay, R., Mullejans, R. y Schlosser, C. (2006). Using the CIDI-C in the general population. En C. N. Stefanis, A. D. Rabavilas y C. R. Soldatos (dirs.), *Psychiatry: a world perspective* (pp. 138-143). Amsterdam: Elsevier.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, 23, 526-535.
- Wittchen, H. U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 57-84.
- Wittchen, H. U., Robins, L. N., Cottler, L. B., Sartorius, N., Burke, J. D. y Regier, D. (1991). Cross-cultural, feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *British Journal of Psychiatry*, 159, 645-653.
- Wisocki, P. A. (1994). The experience of worry among the elderly. En G.C.L. Davey y F. Tallis (dirs.), *Worrying: perspectives on theory, assessment, and treatment* (pp. 247-261). Nueva York, NY: John Wiley and Sons.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford Press.
- Youden, W. J. (1950). Index for rating diagnostic test. *Cáncer*, 3, 32-35.
- Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-70.

RECIBIDO: 31 de enero de 2017

ACEPTADO: 2 de julio de 2017