

---

## ARTÍCULOS

---

# COMORBILIDAD ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN: EVALUACIÓN EMPÍRICA DEL MODELO INDEFENSIÓN DESESPERANZA\*

CARLOS EDUARDO GONZÁLEZ CIFUENTES\*\*, ELIZABETH ÁNGEL DE GREIFF\*\*\*  
& BERTHA LUCÍA AVENDAÑO PRIETO\*\*\*\*  
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA KONRAD LORENZ

FECHA RECEPCIÓN: 22/08/10

FECHA ACEPTACIÓN: 27/10/10

### Resumen

La presente investigación se fundamenta en la teoría de Indefensión Desesperanza que propone varias hipótesis sobre las relaciones entre ansiedad y depresión y su comorbilidad. La muestra está constituida por 526 personas que participaron de manera anónima y voluntaria. Los principales hallazgos señalan que efectivamente el modelo de tres variables predictivas: intolerancia a la incertidumbre, indefensión y desesperanza es superior a modelos alternativos de una y dos variables para diferenciar a los sujetos como ansiosos, depresivos y comórbidos. De acuerdo con los resultados del análisis de regresión logística multinomial ( $n=205$ ) realizado con los participantes ubicados en el cuartil superior para ansiedad, depresión o ambas, se encontró que el modelo de tres variables predictivas ( $\chi^2 354,791$  y  $P 0,000$ ) clasificó y discriminó correctamente al 93% de los casos. Otras hipótesis importantes derivadas de la teoría también recibieron apoyo empírico.

*Palabras clave:* Depresión, ansiedad, comorbilidad, teoría de indefensión desesperanza.

## COMORBIDITY BETWEEN ANXIETY AND DEPRESSION: EMPIRICAL ASSESSMENT MODEL HELPLESSNESS HOPELESSNESS

### Abstract

This study is founded on the helplessness hopelessness theory which propose several hypothesis about the relationships between anxiety, depression and their comorbidity. The sample is composed by 526 undergraduate volunteer students. The principal findings point out that the three predictive variable model: intolerance to uncertainty, helplessness and hopelessness is superior than alternative simpler models with one or two predictive variables for identifying and discriminating anxious, depressive and comorbid individuals. According to the results of the multinomial logistic regression ( $n=205$ ) carry out with the participants in the upper quartile for anxiety, depression or both, there was found that the model of three predictive variables ( $\chi^2 354,791$  y  $P 0,000$ ) correctly identified the 93% of the cases. Other important hypothesis inferred from the theory received empirical support too.

*Keywords:* Depression, anxiety, comorbidity, helplessness hopelessness theory.

---

\* Investigación y Trabajo de Grado para Optar al Título de Magister en Psicología Clínica, FUKL

\*\* Correspondencia Electrónica a [carlosgonzalez@gmail.com](mailto:carlosgonzalez@gmail.com) o [psicocircunvalar@gmail.com](mailto:psicocircunvalar@gmail.com)

\*\*\* Asesora Conceptual y Temática, Magíster en Psicología Clínica, F.U.K.L.

\*\*\*\* Asesora Metodológica y Estadística.

## Introducción

La relación entre ansiedad y depresión ha sido sistemáticamente reportada en la literatura científica, tanto en estudios epidemiológicos, correlacionales y de análisis factorial (Clark y Watson, 1991; Clark y Watson, 1995; Brown, Campbell, Lehman, Grisham y Mancill, 2001; Lambert, McCreary, Joiner, Schmidt y Ialongo, 2004). En estudios psicométricos, la correlación entre las medidas de depresión y las de ansiedad suele ser significativamente alta, con coeficientes de correlación entre 0.66 y 0.77 para muestras clínicas y no clínicas respectivamente (Clark y Watson, 1991). La naturaleza de esta asociación entre ansiedad y depresión ha sido explorada desde modelos predominantemente psicométricos como en el caso del modelo tripartito de Clark y Watson (1991), desde perspectivas de procesamiento de la información como la terapia cognitiva de Beck (1989), desde modelos cognitivos motivacionales como el modelo de indefensión desesperanza de Alloy, Mineka, Kelly y Clements (1990) y desde perspectivas estructurales y jerárquicas como el modelo de tres factores de Barlow (2000).

En general, los estudios sobre comorbilidad señalan que el inicio de la ansiedad precede a la depresión en la mayoría de los casos (Rohde et al, 1991) y tomada como un todo, la evidencia parece apoyar la noción que existe una progresión en la cual la ansiedad frecuentemente lleva a episodios depresivos y que en general la mayoría de los episodios depresivos son precedidos por otro trastorno mental o de un desajuste crónico precedente (Mineka, Watson y Clark, 1998).

Con el fin de explicar la coocurrencia o covariación de la ansiedad y la depresión se han desarrollado diversos modelos teóricos que abordan tanto los aspectos comunes como diferenciadores de los dos tipos de trastornos. Clark y Watson (1991) partiendo de la covariación de síntomas entre ansiedad y depresión, desarrollaron el modelo tripartito que tiene alcances teóricos como se analizará más adelante. Según este modelo la ansiedad y la depresión comparten un factor común que se denomina afecto negativo, mientras que la activación fisiológica y la anhedonia son propias de la ansiedad y la depresión respectivamente.

Por su parte Beck (1989; 2004) centrandose en las características cualitativas a nivel cognoscitivo y fenome-

nológicas diferenciadoras de la ansiedad y la depresión desarrolló la hipótesis de la especificidad de contenido cuya idea central es que ambos trastornos tienen contenidos y distorsiones que los delimitan. La ansiedad gira alrededor de la anticipación de amenaza mientras que la depresión gira alrededor de temas de desamparo, pérdida y minusvalía.

También se encuentra el modelo de Alloy, Mineka, Kelly y Clements (1990) que plantea un análisis en términos cognoscitivos en el modelo diátesis estrés, cuyos componentes centrales son la incertidumbre, la indefensión y la desesperanza. Según este modelo la ansiedad es producto de la asociación entre la indefensión y la incertidumbre mientras que la depresión suele ser posterior en la secuencia y es el resultado de la indefensión y la desesperanza.

En un esfuerzo integrador de las teorías existentes Barlow (2000) propone el modelo jerárquico de los tres factores. En este modelo, tanto la ansiedad como la depresión comparten una vulnerabilidad biológica generalizada (factores genéticos y neurobiológicos) y una vulnerabilidad psicológica generalizada (bajo nivel de predicción y de control percibido), que conjugadas son suficientes para producir un trastorno de ansiedad generalizada y/o depresión. El tercer factor es propio de los demás trastornos de ansiedad, se trata de la vulnerabilidad psicológica específica donde el sujeto aprende qué cosas son potencialmente peligrosas en particular. En adelante se profundizará sobre el modelo de indefensión desesperanza.

El concepto de indefensión fue acuñado en la literatura científica por Seligman y Maier (1967) para describir un fenómeno que se presentaba en animales que eran previamente expuestos a una serie de choques eléctricos en una secuencia de un condicionamiento clásico aversivo y un entrenamiento de escape/evitación. Tras ser repetidamente expuestos a la estimulación aversiva éstos animales eran incapaces de aprender la tarea de evitación posterior. Los autores identificaron una serie de indicadores que parecían constituir un síndrome: a) estos animales no iniciaban respuestas de escape en presencia de los choques eléctricos, déficit motivacional; b) no aprendían después de haber experimentado una respuesta de escape reforzada, déficit cognitivo; c) mostraban pasividad durante los choques, un déficit afectivo-emocional.

Mair, Seligman y Solomon (1969) propusieron el proceso de aprendizaje que podría subyacer a este tipo de aprendizaje. Se hipotetizó que estos animales aprendían que sus respuestas y la terminación del choque eléctrico eran independientes y que esta expectativa se generalizaba a situaciones similares. Esta hipótesis era novedosa en dos sentidos, primero proponía una nueva forma de aprendizaje de relaciones de cero contingencia y segundo porque el concepto de expectativa es de carácter cognoscitivo.

Seligman, Rosellini y Kozak (1975) propusieron el paradigma de la indefensión aprendida como un modelo de la depresión reactiva en humanos partiendo de la similitud de ambos fenómenos. Según los autores la similitud radica en que tanto en la indefensión aprendida como en la depresión suele encontrarse: a) En el aspecto conductual una inhibición de la respuesta motora en la indefensión y un retardo psicomotor en depresión; b) En lo cognitivo un déficit asociativo en la indefensión y alteraciones del pensamiento en la depresión; c) En lo fisiológico una reducción de la ingesta en la indefensión e inapetencia en la depresión; y d) A nivel neurobiológico se encuentra presente un agotamiento de las monoaminas cerebrales. Adicionalmente proponen que, al menos parcialmente, estos síntomas pueden ser reducidos con medicación antidepressiva.

Sin embargo, debido a ciertas inadecuaciones, el modelo de indefensión aprendida recibió serias críticas empíricas y conceptuales dirigidas a su capacidad explicativa de la depresión humana. Frente a tales críticas la teoría fue reformulada teniendo en cuenta los avances de la psicología social en lo relativo a la percepción de incontrolabilidad de los eventos (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Abramson, Alloy y Metalsky, 1989 y Alloy, Kelly, Mineka y Clements, 1990). La reformulación de la teoría de la indefensión aprendida es un modelo diátesis estrés donde el estilo atribucional interactúa con los eventos vitales estresantes para producir la respuesta emocional y afectiva depresiva bajo ciertas condiciones.

Abramson, Seligman y Teasdale (1978) exponen una teoría donde la hipótesis central es de carácter cognoscitivo y que postula que la exposición a la incontrolabilidad no es por sí sola suficiente para producir indefensión, en su lugar el organismo debe generar la *expectativa* de que los resultados son y serán incontrolables. Esta

reformulación surge a partir de las limitaciones del modelo original de indefensión para explicar la depresión humana a saber: a) El modelo no distingue los casos en que la incontrolabilidad es universal vs personal; b) El modelo no distingue cuando la indefensión es general o específica; c) El modelo no distingue cuando la indefensión es crónica o aguda. Es así como la reformulación incorpora la teoría atribucional como la solución a las fuertes críticas de la teoría original, según la hipótesis reformulada *una vez las personas perciben incontrolabilidad atribuyen su indefensión a una causa*. Esta causa puede ser estable o inestable, global o específica y externa o interna (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978).

La primera crítica a la que responden los autores consiste básicamente en que las personas pueden atribuir la no contingencia a diferentes causas, ya sean personales internas o causas universales externas. La atribución será interna cuando la persona interpreta que ella no tiene las habilidades necesarias requeridas para ejercer dominio sobre la situación pero que otras personas significativas en su entorno si podrían ejercer control sobre la situación. En este caso particular el modelo predice que la autoestima de la persona se verá disminuida como consecuencia de una autoevaluación negativa. La atribución será externa si la persona percibe que no hay una respuesta disponible para ejercer control de la situación ni en su repertorio ni en el repertorio de ninguna otra persona. En este caso no se esperaría una reducción de la autoestima puesto que la situación es incontrolable para todos (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978).

La segunda y tercer crítica se refiere a que la teoría original no especifica donde y cuando una persona que espera que los resultados serán incontrolables manifestará los déficits motivacionales, cognitivos y emocionales. En este punto las dimensiones de estabilidad y generalidad resuelven el problema: cuando la persona interpreta que la incontrolabilidad es transitoria en el tiempo, la atribución es inestable y no producirá los déficits. Por el contrario, si la interpretación es que las condiciones de no contingencia se mantendrán en el futuro, la atribución es estable y producirá los déficits. En cuanto a la globalidad en términos generales puede decirse que ésta se produce cuando la persona interpreta que la no contingencia, no sólo abarca la situación actual, sino que se generaliza a otras situaciones debido a condiciones inmo-

dificables, en este caso se producirán los síntomas afectivos y emocionales. Si por otra parte la persona interpreta que las condiciones de incontabilidad son muy particulares y no abarcan necesariamente otras situaciones entonces no se producirán los déficits. (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978).

Abramson, Seligman y Teasdale (1978) sintetizan de esta manera su reformulación de la teoría de indefensión aprendida:

1. La depresión consiste básicamente en cuatro tipos de déficits: motivacional, cognitivo, autoestima y afectivo.
2. Cuando resultados altamente deseados son improbables o cuando resultados altamente aversivos son probables y la persona tienen la expectativa de que ninguna respuesta en su repertorio cambiará esta probabilidad la indefensión resulta en depresión.
3. La generalización de los síntomas depresivos dependerán de la globalidad de la atribución para la indefensión, la cronicidad de los déficits depresivos dependerá de la estabilidad de la atribución y la disminución de la autoestima dependerá de la internalidad de la atribución.
4. La intensidad de los déficits dependerán de la fuerza y la certeza de la expectativa de incontabilidad. En los casos de los déficits afectivos y de autoestima éstos dependerán de la importancia del resultado.

Abramson, Alloy y Metalsky (1989) realizaron una segunda revisión de la teoría de la indefensión aprendida renombrándola como la teoría de la desesperanza en depresión. En este artículo los autores proponen: a) el desarrollo de desesperanza como una causa proximal suficiente de los síntomas de la depresión desesperanzada; b) restan importancia al papel de las atribuciones causales dado que otros factores como consecuencias negativas inferidas y características negativas inferidas sobre sí mismo pueden contribuir al desarrollo de la desesperanza; y c) clarifican el modelo diátesis estrés esbozado en la reformulación.

La desesperanza como causa proximal suficiente para la depresión fue definida como la expectativa de que eventos altamente importantes no ocurrirán o que eventos altamente aversivos tendrán lugar, esto acompañado

de la expectativa que ninguna respuesta en el repertorio cambiará la probabilidad de ocurrencia de estos eventos, da como resultado los déficits motivacionales y cognitivos que se observan en la respuesta depresiva (Abramson et al, 1989). Según esta revisión existiría una cadena causal de diversos eventos que terminarían en el desarrollo de desesperanza y los subsecuentes síntomas depresivos. Las causas hipotetizadas con anterioridad como el estilo atribucional, las claves situacionales y los eventos vitales negativos pasan a ser causas contribuyentes pero ni necesarias ni suficientes para producir la depresión desesperanzada. Es decir, que teóricamente existirían diferentes vías posibles que culminen en la desesperanza.

Según estos autores, el término desesperanza recoge dos significados básicos: a) una expectativa negativa de resultado y b) una expectativa de indefensión para cambiar el estado de las cosas. Es decir, que mientras la indefensión es necesariamente un componente de la desesperanza, la indefensión no es suficiente para producir los síntomas de la depresión desesperanzada (Abramson et al, 1989).

Alloy, Kelly, Mineka y Clements, (1990) refinaron el modelo teórico con el fin de explicar la comorbilidad entre ansiedad y depresión, para ello necesitaban establecer los aspectos únicos y comunes a ambos trastornos. Así, precisaron los términos de indefensión (*helplessness*) y desesperanza (*hopelessness*) donde *la indefensión* es la percepción de no contingencia entre la respuesta y la consecuencia (“nada puede hacerse”) y *la desesperanza* añade a la indefensión la expectativa de que la incontabilidad permanecerá inmutable en el futuro. De esta manera, el modelo Indefensión-Desesperanza se centra sobre los aspectos de expectativa de control y las expectativas de controlabilidad en el futuro. La incapacidad para predecir el eficaz afrontamiento de una amenaza anticipada o la posible ocurrencia de un evento amenazante resulta en la *incertidumbre* propia de la ansiedad (Alloy et al, 1990).

El modelo de indefensión desesperanza aborda y explica tres fenómenos cruciales que deben ser explicados en la comorbilidad entre ansiedad y depresión a saber: a) La relación secuencial entre ansiedad y depresión; b) Las tasas de comorbilidad diferencial entre los diferentes trastornos de ansiedad con la depresión; y c) La infrecuencia relativa de la depresión pura.

Alloy, Kelly, Mineka y Clements (1990) postularon que la depresión y la ansiedad comparten muchos aspectos cognitivos puesto que ambos grupos de personas reportan *sentimientos de indefensión y baja autoeficacia*. Además en ambos trastornos se encuentra una tendencia a la autofocalización, la rumiación, la autocrítica y la autoevaluación negativa. No obstante, *la desesperanza y las percepciones de pérdida* son propias del síndrome depresivo mientras que el peligro percibido, *la incertidumbre sobre los acontecimientos futuros* y la hipervigilancia están más específicamente asociados a la ansiedad.

Específicamente desde la perspectiva del modelo de indefensión desesperanza se postula que la interrelación entre indefensión, desesperanza e incertidumbre, pueden determinar, al menos en parte, cuando una persona experimenta ansiedad pura, ansiedad y depresión combinada o depresión. En detalle, la interrelación entre expectativas de indefensión, expectativas de resultados negativos, y la certeza de estas expectativas, determina en parte cuál de estos estados experimentará el individuo. Es decir, individuos inseguros acerca de su capacidad para controlar resultados personalmente significativos son más propensos a experimentar ansiedad; individuos que experimentan indefensión asociada con desesperanza pero todavía en incertidumbre de cuando un resultado negativo ocurrirá, son más propensos a experimentar ansiedad y depresión; por último, individuos que experimentan indefensión asociado a desesperanza son más propensos a experimentar depresión.

Este modelo explica el fenómeno clínico comúnmente observado donde la ansiedad precede a la depresión, un exceso de incontabilidad asociado con incertidumbre lleva al individuo a estar seguro de que ya nada más puede hacerse, es decir, a la desesperanza. Además, Alloy, Kelly, Mineka y Clements (1990) proponen que la reacción a los estresores está mediada por el estilo atribucional del individuo tal como en la reformulación de Alloy et al, (1978). Esta perspectiva es consistente con hallazgos empíricos donde la ansiedad está asociada con la anticipación de amenaza, mientras la depresión suele estar precedida por un evento estresor importante (Mineka, 1998).

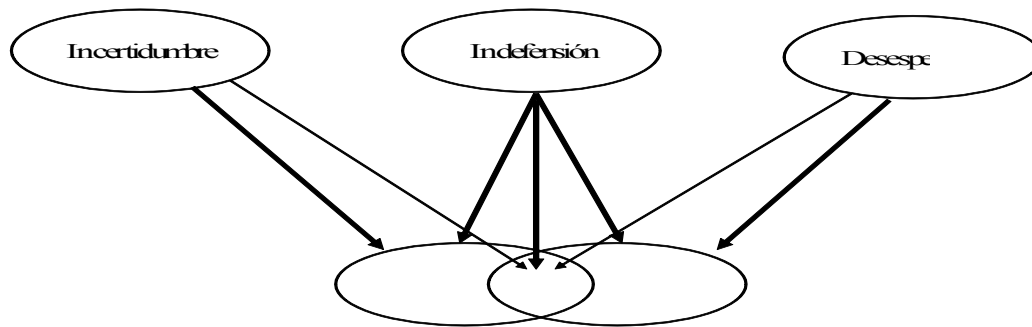
Alloy, Kelly, Mineka y Clements (1990) también hipotizaron que los trastornos de ansiedad caracte-

rizados por sentimientos crónicos y severos de indefensión tendrían la tasa más alta de comorbilidad con depresión. Explícitamente, el trastorno de pánico con agorafobia, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de estrés postraumático deberían mostrar el mayor grado de comorbilidad con depresión, lo cual ha recibido apoyo empírico (Mineka et al, 1998; Brown et al, 2001). Sin embargo, estos autores no predijeron la alta comorbilidad entre ansiedad generalizada y trastornos del estado de ánimo, ya que no se espera que estos pacientes experimenten un grado alto de indefensión (Mineka, 1998), no obstante, otro mecanismo podría dar cuenta de esta comorbilidad tal como la vulnerabilidad biológica compartida y el bloqueo que impone la preocupación crónica sobre la capacidad de disfrute de actividades comúnmente placenteras, entre otros.

La baja frecuencia relativa de la depresión pura se explica en términos de relaciones entre conjuntos y subconjuntos, debido a que, según estos autores, las cogniciones de desesperanza son un subtipo de las cogniciones de indefensión. En otras palabras, quien experimenta desesperanza también experimenta indefensión pero quien experimenta indefensión no necesariamente experimenta desesperanza. Por esta razón es más fácil observar trastornos de ansiedad sin depresión que trastornos de depresión sin ansiedad (Mineka, Watson y Clark, 1998). Desde una perspectiva general existen muchos estudios que muestran que los individuos ansiosos y los depresivos se distinguen más fácilmente sobre la base de la ausencia o presencia de características depresivas (Alloy, Kelly, Mineka y Clements, 1990, Brown et al, 2001).

De acuerdo a lo expuesto hasta aquí, los principales elementos del modelo de indefensión desesperanza para explicar la comorbilidad entre ansiedad y depresión podrían representarse gráficamente a partir de cinco constructos básicos y las relaciones esperadas entre dichos constructos a saber: a) Incertidumbre; b) Indefensión; c) Desesperanza; d) Depresión; y e) Ansiedad. En el gráfico se representan hipotéticamente las relaciones y la fuerza de asociación esperadas entre dichos constructos según la intensidad de cada línea. El área de intersección entre ansiedad y depresión representa la comorbilidad entre ambos fenómenos.





**Figura 1.** Representación gráfica del modelo indefensión-desesperanza basado en Aloy, Mineka, Kelly y Clements (1990)\*.  
\* Representación gráfica diseñada por el autor principal para la presente investigación.

En la representación gráfica del modelo de indefensión-desesperanza puede observarse que se espera que tanto la ansiedad como la depresión compartan la indefensión (o percepción de no control), si adicionalmente predomina la incertidumbre se presentará ansiedad o si adicionalmente predomina la desesperanza se presentará depresión. Cuando existe indefensión y desesperanza pero persisten niveles moderados a altos de incertidumbre frente a la ocurrencia de un evento negativo se presentarán síntomas mixtos de ansiedad y depresión.

### Objetivo

Evaluar empíricamente la capacidad predictiva del modelo de indefensión-desesperanza para identificar y discriminar a los sujetos ansiosos, depresivos y comórbidos.

## Método

### Diseño

Se utilizó un diseño transversal correlacional con el fin de establecer múltiples asociaciones y relaciones predictivas entre las variables (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

### Participantes

La estimación del tamaño óptimo de muestra se realizó de acuerdo con el criterio propuesto por Hair (1984) para la conducción de análisis de regresión múltiple, que sostiene que con tres variables independientes se recomienda una muestra de 400 a 500. La

muestra total de esta investigación está constituida por 526 personas que participaron de manera anónima y voluntaria. Las características sociodemográficas de esta muestra son las siguientes: El 87% (n=458) son estudiantes universitarios y el 12% (n=68) provienen de la comunidad en general, el 71% (n=373) son mujeres y el 29% son hombres. La edad promedio de los participantes fue de 22 años con una desviación típica de 5.85. El estrato socioeconómico más representativo fue el 3 con 53% del total de participantes, seguido del estrato 2 con un 28% y en tercer lugar el estrato 4 con un 15% de representación.

De acuerdo al cuestionario de Ansiedad Generalizada (*GADQ-IV*, Newman, Zuelling, Kachin, Constantino & Cashman, 2002) que evalúa los criterios contenidos en el DSM IV (1994) para este trastorno y aplicando el sistema de correspondencia con cada criterio diagnóstico, 66 participantes son positivos para TAG (13%). Es importante el reporte de este dato al menos por dos razones: 1) A pesar de ser una muestra análoga se cuenta con participantes que pueden considerarse clínicos y 2) El trastorno de ansiedad generalizada tiene la tasa de comorbilidad más alta con depresión cuando se ignora la regla jerárquica de diagnóstico y llega hasta el 90% de los casos (Brown, Campbell, Lehman, Grisham & Mancill, 2001b).

### Instrumentos

Se emplearon cinco instrumentos dentro de la investigación uno para cada variable estudiada. Todos los instrumentos utilizados en esta investigación fueron sometidos a un proceso de validación de constructo me-

dian­te análisis factorial sobre la técnica de componentes principales, se depuraron las medidas eliminando los ítems necesarios para lograr el mejor comportamiento factorial que respalde la validez de constructo de las medidas utilizadas.

*Cuestionario de Control de Ansiedad (ACQ):* Este cuestionario evalúa el control percibido sobre las reacciones emocionales y sobre eventos y situaciones amenazantes externas. Se trata de un instrumento de 30 ítems presentados en una escala likert de 6 puntos. En elaboración los autores apuntaron a un instrumento de medida para la percepción de control que fuese mucho más específico que las medidas generales existentes hasta el momento como la escala de locus de control de Rotter (1966), al evaluar específicamente estados internos, eventos y situaciones asociadas a trastornos emocionales y afectivos se espera que sea superior que sus predecesores en la evaluación del control percibido para estos trastornos (Rappe et al, 1996). El artículo original reporta un alfa total que oscila entre 0.80 y 0.87, para la subescala de control sobre las reacciones un alfa de 0.80 y para la subescala de control sobre los eventos un alfa de 0.83. La confiabilidad test retest reporta un alfa de 0.88 a una semana y de 0.82 a un mes (Rappe et al, 1996).

*Escala de Intolerancia a la Incertidumbre:* Construida por Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas y Ladouceur (1994) evalúa el grado en que un individuo tiene dificultades para tolerar la incertidumbre, entendida como una tendencia a considerar las situaciones ambiguas como agotadoras y perturbadoras, creer que los acontecimientos inesperados son negativos y deben evitarse y que un futuro incierto es injusto (González, Ibáñez y Cubas, 2006). Se trata de un instrumento de 27 ítems que describen cómo las personas reaccionan ante la incertidumbre de la vida respondiendo en una escala tipo Likert. La versión en inglés tiene un alfa de ,95 en muestra universitaria y una estabilidad en cinco semanas de 0,74. Se ha encontrado que el instrumento arroja un coeficiente de correlación de 0,57 y 0,63 con medidas de preocupación y de 0,57 con medidas de ansiedad rasgo (Orsillo y Roemer, 2001). En esta investigación se utilizó la adaptación española que arrojó un alfa total de 0.91 y una estabilidad en un periodo de cinco semanas de 0.68 ( $p < 0.001$ ) (González, Cubas, Rovella y Darias, 2006).

*Escala de Desesperanza de Beck.* Construida por Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974), esta escala constituye una medida del nivel de pesimismo del individuo. Consta de 20 ítems que hacen referencia a las expectativas negativas que tiene el sujeto sobre sí mismo y sobre el futuro. La valoración de cada ítem es del tipo V-F de los cuales prácticamente la mitad tienen la clave falso. De acuerdo con Beck y Steer (1988), las puntuaciones de la Escala de Desesperanza se pueden interpretar de la siguiente manera: asintomática (de 0 a 3 puntos), leve (entre 4 y 8 puntos), moderada (entre 9 y 14 puntos) y severa (entre 15 y 20 puntos). La versión en inglés arroja coeficientes alfa entre 0,82 y 0,92 con un coeficiente test – retest entre 0,69 y 0,66 en un lapso de seis semanas (Nezu et al, 2000).

*Escala de Zung para la Depresión.* Se trata de una escala de auto reporte en la que a la persona se le pide indicar la frecuencia con la que experimenta cada uno de los síntomas explorados. Consta de 20 ítems que se agrupan en cuatro factores, factor depresivo, factor biológico, factor psicológico y factor psicosocial (Bobes, 2004). En la estandarización española el índice SDS (puntuación directa x 100/80) que indica presencia de depresión fue estimado en 50 (Bobes, 2004). Los estudios de sus propiedades psicométrías en Estados Unidos informan de un coeficiente de confiabilidad por mitades de 0,94. A su vez, la consistencia interna mediante el alfa de Crombach es de 0,91 en muestra comunitarias, de 0,88 en muestras de pacientes deprimidos y de 0,93 en personas no deprimidas (Nezu et al., 2000). En un estudio realizado con población colombiana en el que se evaluó la versión original de la escala de Zung, encontraron que el punto de corte que maximiza la sensibilidad y la especificidad de la prueba es 53 (Sensibilidad 0,96 y Especificidad 0,71). La consistencia interna mediante el alfa de Cronbach fue de 0,87 y un coeficiente kappa de 0,441 (Díaz, Campo, Rueda y Barros, 2005).

*Escala auto-aplicada de Zung para la Ansiedad.* Se trata de una escala de 20 ítems que fue desarrollada originalmente para evaluar los trastornos de ansiedad basándose en las conceptualización del DSM II. Consiste principalmente en 15 ítems referentes a síntomas somáticos y 5 ítems referentes a síntomas afectivos. El sujeto indica en una escala likert la severidad con la que ha experimentado el síntoma. En el artículo original reporta un coefi-

ciente de confiabilidad por mitades de 0.71 mostrando una aceptable consistencia interna (Zung, 1971). Se ha demostrado una buena confiabilidad test retest en un periodo de hasta 16 semanas con un coeficiente de 0,81 a 0,84 (Orsillo y Roemer, 2001). Algunos ítems fueron redactados sintomáticamente positivos y otros sintomáticamente negativos dependiendo del uso del lenguaje y la facilidad de comprensión (Zung, 1971).

## Resultados

Para alcanzar el objetivo planteado en la investigación, inicialmente se realizó un análisis estadístico de

los datos mediante correlaciones bivariadas y parciales. Las correlaciones bivariadas indican que la percepción de control correlaciona de manera significativa y negativa tanto con ansiedad ( $r=-0,54$ ) como con depresión ( $r=-0,57$ ). Es decir que a menor percepción de control (indefensión) mayores síntomas tanto de ansiedad como de depresión. La intolerancia a la incertidumbre correlacionó significativa y positivamente tanto con ansiedad ( $r=0.51$ ) como con depresión ( $r=0.50$ ). Igualmente, la desesperanza correlacionó significativa y positivamente tanto con ansiedad ( $r=0.39$ ) como con depresión ( $r=0.55$ ). La tabla 2 resume los resultados encontrados.

**Tabla 1.** Correlaciones bivariadas.

	Incertidumbre	Percepción de Control	Desesperanza
Ansiedad	0.51**	-0.54**	0.39**
Depresión	0.51**	-0.56**	0.53**

\*\*La correlación es significativa al nivel 0.01 bilateral.  $n=524$ .

El siguiente paso fue realizar las correlaciones parciales para ansiedad controlando estadísticamente la influencia de los síntomas depresivos. Se encontró que cuando se controlan los síntomas depresivos la correlación de la ansiedad con la desesperanza se desvanece ( $r=0.06$  y  $p=0.17$ ). No obstante, se mantienen asociadas con la ansiedad a un nivel significativo la intolerancia a la incertidumbre

y la baja percepción de control (indefensión), ver tabla 3.

Al realizar el análisis de correlaciones parciales para la variable depresión, controlando los síntomas de ansiedad, se encontró que las tres variables correlacionan significativamente. Según este análisis, la asociación más alta de la depresión es con la desesperanza y la más baja con la intolerancia a la incertidumbre (tabla 3).

**Tabla 2.** Correlaciones Parciales.

	Incertidumbre	Percepción de Control	Desesperanza
Ansiedad	0.29**	-0.26**	0.06
Depresión	0.25**	-0.33**	0.39**

\*\*La correlación es significativa al nivel 0.01 bilateral.  $n=524$ .

Nota: Al realizar el análisis de correlación para ansiedad se controlaron los síntomas depresivos y para las correlaciones de depresión se controlaron los síntomas ansiosos.

En segundo lugar se realizó un análisis de regresión múltiple sobre cada una de las variables de interés: ansiedad y depresión. La regresión múltiple sobre la ansiedad mediante el método de pasos sucesivos arrojó una retención de las tres variables predictivas en el siguiente orden de influencia relativa: indefensión, intolerancia a la

incertidumbre y desesperanza, con un coeficiente de determinación total de 0,38 lo que indica que las tres variables en su conjunto predicen el 38% de la varianza de la variable ansiedad. El diagnóstico de colinealidad para el modelo arrojó que el índice de condición más alto fue de 17,01 sugiriendo que las variables Intolerancia a la Incer-



tidumbre y Control de Ansiedad no son completamente independientes. Sin embargo los niveles de tolerancia del

modelo resultan aceptables para realizar el análisis de regresión múltiple como lo muestra la tabla.

**Tabla 3.** Regresión Múltiple sobre la variable Ansiedad

Modelo	R <sup>2</sup>	Cambio en R <sup>2</sup>	Tolerancia	Sig. Cambio F	Durbin-Watson	n
Indefensión	0.287	0.287	0.672	0.000		
Incertidumbre	0.355	0.068	0.654	0.000		
Desesperanza	0.378	0.023	0.814	0.000	1.614	515

Variable Dependiente Ansiedad.

Nota: El análisis ANOVA indica que las tres variables aportan significativamente a la ecuación de regresión con un  $P=0.000$

La regresión múltiple sobre la variable de depresión mediante el método de pasos sucesivos, arrojó una retención de las tres variables predictivas en el siguiente orden de influencia relativa: indefensión, desesperanza e intolerancia a la incertidumbre, con un coeficiente de determinación de 0,46, lo que indica que las variables predictivas en su conjunto explican el 46% de la varianza de la variable depresión. Al igual que para la variable

ansiedad, el diagnóstico de colinealidad para el modelo de regresión sobre la variable depresión arrojó que el índice de condición más alto fue de 17,01 sugiriendo que las variables Intolerancia a la Incertidumbre y Control de Ansiedad no son completamente independientes. Por lo demás, los niveles de tolerancia del modelo resultan aceptables para realizar el análisis de regresión múltiple como lo muestra la tabla 5.

**Tabla 4.** Regresión Múltiple sobre la variable Depresión.

Modelo	R <sup>2</sup>	Cambio en R <sup>2</sup>	Tolerancia	Sig. Cambio F	Durbin-Watson	n
Indefensión	0.318	0.318	0.672	0.000		
Desesperanza	0.440	0.122	0.814	0.000		
Incertidumbre	0.462	0.022	0.654	0.000	1.801	515

Variable Dependiente Depresión.

Nota: El análisis ANOVA indica que las tres variables aportan significativamente a la ecuación de regresión con un  $P=0.000$

El objetivo principal de la presente investigación fue la evaluación de la capacidad predictiva del modelo indefensión-desesperanza para identificar y discriminar personas ansiosas, depresivas y comórbidas. Para ello se estableció como característica definitoria de un caso de estudio el hecho de pertenecer al cuartil superior de los puntajes de ansiedad, depresión o ambos. De la muestra inicial de  $n=526$  participantes se conservaron las personas más ansiosas, más depresivas y con ambas condiciones simultáneamente. Los participantes extraídos mediante esta estrategia de la muestra inicial constituyeron los tres grupos respectivos para realizar el análisis de regresión logística multinomial.

Esta forma de proceder se encuentra teóricamente fundamentada debido a que el modelo de indefensión-desesperanza se diseñó para distinguir entre estos tres grupos en particular y la inclusión de los sujetos con puntajes bajos o “normales” oscurecía las relaciones buscadas. Así, el análisis de regresión logística multinomial se corrió con 205 participantes con puntajes extremos, 159 mujeres y 46 hombres con una media de edad de 22 años ( $DS=6.75$ ) en su mayoría estudiantes universitarios ( $n=76$ , 85%).

El análisis de regresión logística multinomial con un ajuste significativo ( $chi\ 354,791$  y  $P\ 0,000$ ) y partiendo de la información contenida en las tres variables

predictivas: intolerancia a la incertidumbre, indefensión y desesperanza clasificó correctamente al 93% de los sujetos. El contraste de las razones de verosimilitud resultó

significativo para las tres variables indicando que las tres aportan a la ecuación. Los porcentajes correctos por grupos según pueden observarse en la tabla 6:

**Tabla 5.** Análisis de Regresión Logística Multinomial

Observado	Pronosticado			Porcentaje Correcto
	Ansioso	Depresivo	Comórbido	
Ansioso	64	3	2	92.8%
Depresivo	3	42	2	89.4%
Comórbido	3	1	81	95,3%
Puntaje Global	34.8%	22.9%	42.3%	93%

Variable Dependiente Comorbilidad.  $n=205$

Nota: El contraste de las razones de verosimilitud es significativo ( $p=0.000$ ) para cada una de las tres variables predictoras.

Con la intención de evaluar a mayor profundidad el valor teórico del modelo, se decidió contrastarlo con modelos alternativos de una y dos variables para realizar la clasificación de los sujetos como ansiosos depresivos o comórbidos con los siguientes resultados:

Al tener en cuenta únicamente la intolerancia a la incertidumbre ( $\chi^2 162.891$  y  $p 0.011$ ) se clasifica correctamente el 63.9% de los casos, el análisis por grupos indica que la mayor proporción de sujetos clasificados correctamente son los ansiosos con un 85% de acierto en los casos, seguida por los comórbidos con el 62,1% de los casos. El porcentaje más bajo correspondió al grupo de depresivos con el 34% de casos identificados correctamente. Al tener en cuenta únicamente la indefensión el modelo no es significativo ( $\chi^2 90.772$  y  $P 0.34$ ).

Al tener en cuenta únicamente la desesperanza ( $\chi^2 49.477$  y  $P 0.014$ ) se clasificó correctamente al 52,5% de los casos siendo la mejor clasificación correcta la del grupo de sujetos ansiosos 77%, seguida por el 50% de los comórbidos y la proporción más baja es la del grupo de los depresivos 19,1%.

Al combinar las variables predictoras para obtener modelos más simples de dos variables se encontró lo siguiente:

a) La combinación de Indefensión con desesperanza no fue significativa ( $\chi^2 126,199$  y  $P 0.224$ ) para la clasificación.

b) La combinación de la desesperanza con la intolerancia a la incertidumbre arrojó un modelo significativo ( $\chi^2 206,511$  y  $P 0.002$ ) que clasificó correctamente el 74% de los casos, en donde el mayor porcentaje de aciertos fue para el grupo de depresivos 81,7% seguido por los comórbidos 75,6% y en último lugar el grupo de depresivos con 59,65%.

c) La combinación de indefensión con intolerancia a la incertidumbre se comportó como el mejor modelo alternativo ( $\chi^2 273.54$  y  $P 0.001$ ) clasificando correctamente el 79,2% de los casos en donde el grupo mejor clasificado fue el comórbidos con el 84% de los aciertos, seguido del grupo ansioso con 78,3% y en último lugar el grupo de depresivos con 70,2%.

## Discusión

Retomando la hipótesis de trabajo formulada, según la cual, el modelo de tres variables predictivas en su conjunto: intolerancia a la incertidumbre, percepción de control y desesperanza, es superior a un modelo de una y dos variables para identificar y discriminar a los participantes como ansiosos, depresivos y comórbidos, se encuentra que ésta recibe apoyo empírico. El porcentaje de clasificaciones correctas del modelo indica que efec-

tivamente el modelo es útil para discriminar y clasificar correctamente a los sujetos como ansiosos, depresivos o comórbidos en el 93% de los casos. Este hallazgo respalda empíricamente importantes predicciones generadas a partir del modelo de indefensión desesperanza en una muestra análoga compuesta fundamentalmente por estudiantes universitarios.

Frente a las hipótesis específicas se encontró que efectivamente:

1. *La baja percepción de control está asociada tanto con la ansiedad como la depresión.* Esta hipótesis recibe apoyo empírico según los resultados cruzados obtenidos en cada una de las regresiones múltiples que se hicieron tanto para ansiedad como para depresión, en donde la primera variable retenida es en ambos casos la indefensión.
2. *La intolerancia a la incertidumbre es más propia de la ansiedad que de la depresión.* Esta hipótesis recibe apoyo empírico según los resultados cruzados obtenidos en cada una de las regresiones múltiples con el modelo de efectos principales que se hicieron tanto para ansiedad como para depresión, donde la segunda variable retenida para ansiedad es precisamente la intolerancia a la incertidumbre, mientras que para el caso de la depresión es la tercera. No obstante, los análisis de correlaciones parciales señalan que la intolerancia a la incertidumbre permaneció asociada significativamente a la depresión aún cuando se controlan estadísticamente los síntomas de ansiedad. Lo anterior quiere decir que la incertidumbre también contribuye a los síntomas depresivos en una muestra análoga con manifestaciones subclínicas de depresión. Estos hallazgos deben contrastarse en población clínica y a lo largo de diferentes niveles de severidad del trastorno afectivo ya que es posible que en los niveles más altos de depresión la asociación desaparezca.
3. *La desesperanza es más propia de la depresión que de la ansiedad.* Esta hipótesis recibe apoyo empírico según los resultados cruzados obtenidos en cada una de las regresiones múltiples en donde la segunda variable retenida para depresión es precisamente la desesperanza mientras que para el caso de la ansiedad es la tercera. Además, el análisis de

correlaciones parciales muestra que cuando se controlan los síntomas de depresión la asociación entre ansiedad y desesperanza desaparece. Estos resultados indican que una de las variables cruciales del modelo para discriminar entre ansiedad y depresión es precisamente la desesperanza.

Estos resultados tomados como un todo respaldan las hipótesis de trabajo y ofrecen evidencia empírica de apoyo al modelo teórico de indefensión desesperanza (Alloy et al, 1990) para la explicación de la comorbilidad entre ansiedad y depresión. Una investigación posterior para el modelo de indefensión desesperanza debe considerar diseños prospectivos, examinar muestras clínicas y realizar diseños experimentales con tratamientos que aborden las variables proceso críticas propuestas por el modelo.

La presente investigación por tratarse de un diseño transversal no puede evaluar una de las predicciones importantes del modelo de indefensión desesperanza que plantea que los síntomas depresivos son una progresión desde la ansiedad, en otras palabras, se plantea que los síntomas ansiosos anteceden a los síntomas depresivos. Este aspecto fue parcialmente evaluado por Alloy y Clements (1998) quienes en un estudio longitudinal a corto plazo (un mes) encontraron que la desesperanza se asocia tanto de forma concurrente como prospectiva con la depresión y no con la ansiedad. Sin embargo es necesario un estudio que evalúe el papel predictivo prospectivo de las tres variables en su conjunto.

Se recomienda reserva al generalizar los resultados de esta investigación a la población general por tres razones fundamentales: En primer lugar la muestra es no probabilística y está conformada por participantes voluntarios; en segundo lugar los participantes son en su mayoría estudiantes universitarios, es decir, que provienen de un sector muy específico de la población general; y en tercer lugar se trata de una muestra análoga razón por la cual estos resultados deben ser contrastados con una muestra clínica en investigaciones posteriores. Respecto a la utilización de una muestra subclínica, Abramson, Metalsky y Alloy, (1989) sostienen que las predicciones del modelo de desesperanza aplican tanto para personas diagnosticadas según las categorías nosológicas actuales como para personas con manifestaciones subclínicas de estas categorías. En consecuencia y según estos autores,

las predicciones del modelo pueden contrastarse de manera apropiada en muestras no clínicas.

Es claro que como el modelo de indefensión desesperanza se presenta a sí mismo como un modelo teórico explicativo de un subtipo específico de depresión (Alloy et al, 1990), los resultados de este estudio deben entenderse dentro de ese contexto y explicarían las relaciones entre ansiedad y depresión cuando la variable de predominio causal es la indefensión (o la percepción de no control sobre el ambiente) y cuando la depresión pertenece al subtipo de depresión desesperanzada. Por fuera de ese predominio causal y cuando la variable proceso principal es otra, como por ejemplo de orden biológico, el modelo no es adecuado.

Al margen de las limitaciones, la presente investigación hace un significativo aporte a la literatura en el campo de la comorbilidad entre ansiedad y depresión. El estudio arrojó luz sobre la capacidad predictiva del modelo de indefensión desesperanza (Alloy et al, 1990) para identificar y discriminar los casos ansiosos, depresivos y comórbidos.

Desde el punto de vista disciplinar se confirma la existencia de comunalidades entre la ansiedad y la depresión que tienen implicaciones directas para el tratamiento unificado de estos trastornos. Es claro que a partir de estos resultados pueden formularse estudios experimentales que aborden la intolerancia a la incertidumbre, la indefensión y la desesperanza en un protocolo unificado dirigido a pacientes comórbidos. Esta estrategia permitiría establecer causalidad si la estructuración de la variable independiente o tratamiento se dirige a modificar la intolerancia a la incertidumbre, la indefensión y la desesperanza en sujetos comórbidos.

Desde un punto de vista social y de salud pública se reafirma la importancia del abordaje de la percepción de control sobre los eventos y la percepción de control sobre las propias emociones al diseñar los programas de prevención de los trastornos de ansiedad y depresión. Teniendo en cuenta estos resultados, un punto crucial de un programa de prevención es la formación de repertorios conductuales que brinden *elementos de control emocional* y cognoscitivo para el manejo de la emociones a nivel individual. Es indispensable saber cómo relajarse, cómo solucionar problemas y cómo pensar bien para lograr que las personas no se sientan a merced de sus

emociones o de los eventos. En síntesis para desarrollar un saludable sentido de control es necesario que las personas tengan los repertorios para solucionar problemas, enfrentar situaciones difíciles, tomar decisiones y planear su vida (Ramírez, 1997). Todos estos son elementos de control dirigidos a prevenir el desarrollo de indefensión y desesperanza.

## Referencias

- Abrahamson, L., Y. Seligman, and M. Teasdale (1978). "Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. *Journal of Abnormal Psychology* 87, No 1, 49-74.
- Abramson, L., Alloy, L., & Metalsky, G., (1989). Hopelessness Depression: A Theory Bases Subtype of Depression. *Psychological Review*. Vol 96, No 2, 358-372.
- Alloy, L., Nelly, K Mineka, S., y Clements C. (1990) *Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A helplessness-hpolessness perspective*. En J.D. Maser y C.R. Cloninger (editores). *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp 499-543). Washington. D.C: American Psychiatric Press.
- Alloy, L., & Clements, C., (1998). Hopelessness Theory of Depression: Test of the Symptom Component. *Cognitive Therapy and Research*, Vol 22, No 4, 303-335.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition. Washington, D.C.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders*. 2a. Edición. Nueva York: Guilford
- Barlow, D.H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 1247-1259.
- Barlow, D.H., Allen, L.B. y Choate, M.L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Beck, A.T., Rush, A.J. Shaw, B.F. y Emery G., (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press (Trad. esp. en Bilbao: Desclée de Brower, 1983).

- Beck, A.T., & Steer, R., (1988). *Beck Hopelessness Scale Manual*. New York: The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Beck, A.T., Brown, G., Edelson, J.I., Steer, R.A., Riskind, J.H., (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the Cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 179-183.
- Beck, A.T., Brown, G., Epstein, N. y Steer, T.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A.T., y Greenberg, M.S., (1989). Depression versus Anxiety: A test of the content specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 98, No 1, 9-13.
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D. (2004). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Second Edition, The Guilford Press, New York.
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F., (1995). *Manual de Psicopatología*. Vol 2, Editorial Mc Graw Hill. Madrid.
- Brown, T., Chorpita, B., & Barlow, D., (1998). Structural Relationships Among Dimensions of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders and Dimensions of Negative Affect, Positive Affect and Autonomical Arousal. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol 107, No. 2, 179-192.
- Brown, T., Campbell, L., Lehman, C., Grisham, J., y Mancill, R., (2001) Current and Life Time comorbidity of the DSM-IV anxiety and Mood Disorders in a Large Clinical Sample. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 110, No. 4, 585-599.
- Brown, T., Nardo, P., Lehman, C., & Campbell, L., (2001). Reliability of DSM-IV Anxiety and Mood Disorders: Implications for the Classification of emotional Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol 110, No 1, 49-58.
- Clark, L., y Watson D., (1991). Tripartite Modelo f Anxiety and Depresión Psychometric Evidence and Taxonomic Implications. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol 100, No 3, 316-336.
- Clark, L., y Watson D., (1995) Testing a Tripartite Model: Exploring the Symptom Structure of Anxiety and Depression in Student, Adult, and Patient Samples. *Journal of abnormal Psychology*. Vol 104, No 1, 15-25.
- Derogatis, L. R.; Rickels, K, Rock, A.; The SCL-90 an MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 1976; 128:280-289
- Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1994). Why people worry?. *Personality and individual Differences*, 17, 791-802.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W., (1992). *Multivariate Data Analysis*. Macmillan Publishing Company. New York.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P., (1998). *Metodología de la Investigación*. Segunda Edición. Ed Mc Graw Hill. México.
- González, M., Ibáñez, I., Cubas, R., (2006). Variables de proceso en la determinación de la ansiedad generalizada y su generalización a otras medidas de ansiedad y depresión. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, vol 6, No 1, 23-39.
- González M., Cubas, R.; Rovella, A., Darías, M. (2006). Adaptación española de la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre: procesos cognitivos, ansiedad y depresión. *Psicología y Salud*, julio-diciembre, 219-233
- Lambert S., McCreary B., Joiner, T., Schmidt, N., y Ialongo, N., (2004). Structure of Anxiety and Depression an Examination of the Tripartite Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 72, No, 5, 904-908.
- Lang, P.J., (1976), *The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification*. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis*. Nueva York: Wiley.
- Newman, M., Zuellig, A.R., Kachin, K.E., Constantino, M.J., & Cashman, L., (2002). The reliability and the validity of the GAD-Q-IV: A Revised self re-



- port diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 33, 215-233.
- Maier, S.F., Seligman, R. L., & Solomon (1969). *Pavlovian fear conditioning and learned helplessness: Effects on escape and avoidance behavior of the CS-US contingency and the independence of voluntary responding*. In B.A. Campbell & Church, R.N., (eds). *Punish and aversive behavior*, 299-342 New York.
- Mineka, S., Watson, D., & Clark, L., (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annu. Rev. Psychol*, vol, p 377-412.
- Needles. D.J., & Abrason, L.Y., (1990). Positive life events, attributional style, and hopefulness Testing a model of recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 156-165.
- Peña, D., (2004). Necesidad de Control: Un análisis conceptual y propuesta experimental. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo Conductual*. 2 (2004).
- Ramírez (1997). Un método científico para afrontar el miedo y la tristeza. Amarú Ediciones.
- Rappe, R., Craske, M., Brown, T., & Barlow, D. (1996). Measurement of Perceived Control Over Anxiety Related Events. *Behavior Therapy* vol 27, 279-293.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. y Seeley, J., (1991). Comorbidity of Unipolar Depresión with other mental disorders in Adolescentes and Adults. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 100, No 2, 214-222.
- Seligman, M.E., & Maier S.F., (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1-9.
- Seligman, M.E., Rosellini, R.A., (1975). Learned Helplessness in the rat: Time Course, immunization, and reversibility. *Journal of Comparative & Physiological Psychology*, 88, 542-547.
- Seligman, M.E., Abramson, L.Y., Semmel, A., & Von Baeyer, C., (1979). Depressive Attributional Style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242-247.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E., (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.
- Swendsen, J., (1997). Anxiety, Depression, and Their Comorbidity: An Experience Sample Test of the Helplessness Hopelessness Theory. *Cognitive Therapy and Research*, Vol, 21, No 1, 97-114.
- Whitley, B. (1991). A Short form of the Expanded Attributional Style Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 56, 365-369.
- Zung, W., (1965). A self Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*. Vol 12, Enero.
- Zung, W. (1971). A Rating Instrument for Anxiety Disorders. *Psychosomatics*, vol XII, N 6. December.