

Original

Afecto negativo como mediador entre intolerancia a la incertidumbre, ansiedad y depresión[☆]



Ronald Toro*, Luz Alzate, Laidis Santana e Ingrid Ramírez

Facultad de Psicología, Unidad de postgrados y Grupo GAEM, Universidad Católica de Colombia, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de julio de 2018

Aceptado el 10 de septiembre de 2018

On-line el 10 de octubre de 2018

Palabras clave:

Transdiagnóstico

Afecto

Emoción

Intolerancia a la incertidumbre

Ansiedad

Depresión

R E S U M E N

El modelo transdiagnóstico ha demostrado su relevancia en la comprensión y tratamiento de los trastornos emocionales que comparten procesos cognitivos y conductuales. El objetivo de esta investigación es analizar el papel mediador del afecto negativo (AN) en la relación entre la intolerancia a la incertidumbre (IU) y los síntomas ansiosos y depresivos siguiendo un modelo transdiagnóstico. Se contó con una muestra de 506 participantes de edades entre 18 y 64 años ($M = 31.9$, $DE = 11.26$); los niveles de AN como estado y rasgo mediante la escala de afecto positivo y negativo (PANAS), la IU con la escala de intolerancia a la incertidumbre, y los síntomas ansiosos y depresivos con los inventarios BAI y BDI-II. Los resultados señalan que las medidas afectivas de AN estado y rasgo, y cognitivas como la incertidumbre de inhibición y desconcierto correlacionaron con síntomas de ansiedad y depresión. Además, las medidas cognitivas y sus dimensiones, al asociarse con las medidas de depresión y ansiedad, disminuyeron significativamente controlando el AN, obteniendo un modelo mediador para las medidas afectivas y cognitivas en ansiedad y depresión en un modelo de senderos ajustado según los análisis de mediación y efectos indirectos en un modelo de ecuaciones estructurales. Se concluye que el AN estado y rasgo se considera un factor mediador entre la IU y los síntomas de ansiedad de forma total y parcial con la depresión. Se genera nueva evidencia del papel del afecto como rasgo y estado en el planteamiento de un modelo transdiagnóstico en el área de la intervención clínica.

© 2018 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Negative affect as a mediator between intolerance to uncertainty, anxiety and depression

A B S T R A C T

The transdiagnostic model has demonstrated its relevance in the understanding and treatment of emotional disorders that share cognitive and behavioral processes. The objective of this research is to analyze the mediating role of negative affect (NA) in the relationship between intolerance to uncertainty (IU) and anxious and depressive symptoms following a transdiagnostic model. The sample consisted of 506 participants aged between 18 and 64 years ($M = 31.9$, $SD = 11.26$); the levels of NA as state and trait was obtained using the scale of positive and negative affect (PANAS), the IU with the scale of intolerance to uncertainty, and the anxious and depressive symptoms with the BAI and BDI-II. The results indicate that affective measures of state and trait NA, and cognitive measures such as uncertainty of inhibition and bewilderment correlated with symptoms of anxiety and depression. In addition, the cognitive measures and their dimensions when associated with measures of depression and anxiety decreased significantly controlling the AN, obtaining a mediating model for the affective and cognitive measures in anxiety and

Keywords:

Transdiagnostic

Affect

Emotion

Intolerance to uncertainty

Anxiety

Depression

[☆] Documento derivado del proyecto de grado del Programa de Especialización en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ratoro@ucatolica.edu.co (R. Toro).

depression in a path model adjusted according to the mediation and indirect effects analyses in a model of structural equations. It is concluded that the state and trait NA is considered a mediating factor between IU and anxiety symptoms in a total and partial way with depression. New evidence of the role of affect is generated as a trait and state in the approach of a transdiagnostic model in the area of clinical intervention.

© 2018 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés – SEAS. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En el mundo al menos 322 millones de personas tienen depresión, aumentando un 18.4% en la última década y otros 264 millones padecen trastornos de ansiedad, lo que indica un incremento del 14.9%, más común entre las mujeres que entre los hombres (World Health Organization-WHO, 2017), además, una de cada cuatro personas desarrollará uno o más de estos trastornos en el transcurso de su vida (Galvis, Agudelo-Martínez, Sierra-Hincapié y Salas-Zapata, 2014). La comorbilidad entendida como la tendencia a que en una misma persona se diagnostiquen conjuntamente varios trastornos mentales, es común y prevalente en el mundo (Sandín, Chorot y Valiente, 2012). En Colombia, la información epidemiológica muestra que los síntomas ansiosos están presentes en por lo menos un 52.9% de las personas, siendo el 59.3% mujeres y 46.4% hombres según la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), donde uno de cada cinco adultos que presenta algún trastorno mental cumple los criterios para dos o más de estos en toda la vida. Si tenemos en cuenta los últimos estudios, 15 de cada 100 personas los presenta; pero son las mujeres las que tienen mayor prevalencia de comorbilidad (ENSM, 2015), no obstante, dicha comorbilidad no es uniforme entre la depresión y los distintos trastornos de ansiedad, siendo en general superior en el trastorno de ansiedad generalizada con un 60% (Sandín, Chorot, Valiente y Chorpita, 2010).

Ante este panorama en salud mental, es importante el abordaje desde una perspectiva más integrativa, para lo que el MT aporta explicaciones para la comprensión y el tratamiento de los trastornos emocionales. Ha sido eficaz para el desarrollo de nuevas intervenciones en una amplia gama de trastornos, con ventajas como la disminución del tiempo en la evaluación para brindar el servicio que requiere, fortalece procesos claves de mantenimiento, además teniendo en cuenta la inestabilidad del diagnóstico, facilita un tratamiento efectivo y puede ir dirigido a los síntomas comunes de varios trastornos (Mansell, Harvey, Watkins y Shafran, 2009).

El abordaje de los trastornos emocionales desde un enfoque transdiagnóstico, debe entenderse como una nueva estrategia para la comprensión y tratamiento de un grupo de trastornos emocionales que comparten una serie de procesos. Este MT se considera una respuesta al reconocimiento de las limitaciones del enfoque categorial excluyente que impedía identificar factores comunes a un grupo de trastornos. «El modelo transdiagnóstico consiste en entender los trastornos mentales sobre la base de un rango de procesos cognitivos y conductuales etiopatogénicos causales y/o mantenedores de la mayor parte de los trastornos mentales o de grupos consistentes de trastornos mentales» (Sandín, Chorot y Valiente, 2012, p. 187).

En este sentido, es importante identificar las comunalidades entre síntomas e incluir otro tipo de variables transdiagnósticas asociadas a los trastornos emocionales como la II, que se considera una «manifestación de un esquema cognitivo que guía y filtra el procesamiento de la información procedente del medio, donde las preocupaciones son vistas como un producto cognitivo a potenciales eventos negativos» (González, Cubas, Rovella y Darias,

2006, p. 221); favoreciendo que se incremente la percepción de amenaza en situaciones inciertas, puesto que las personas con elevada II perciben situaciones hipotéticas ambiguas e inciertas como más amenazantes que las personas con baja II (Reuman, Jacoby, Fabricant, Herring y Abramowitz, 2015).

Es así que la II se constituye como un factor determinante en la aparición de diversas psicopatologías. Se ha asociado también a fobia social, depresión y trastorno obsesivo compulsivo; estos reportes sugieren un elevado grado de comorbilidad con esta variable en común (Carleton, Mulvogue, Thibodeau, McCabe, Antony y Asmundson, 2012; Mahoney y McEvoy, 2012). Lo que en un principio se consideró como un factor cognitivo de vulnerabilidad específico del trastorno de ansiedad generalizada, actualmente se sabe que es una variable transdiagnóstica clave, omnipresente en muchos trastornos psicológicos (Sandín et al., 2012).

Ahora bien, el afecto positivo (AP) y el afecto negativo (AN) son definidos como dos factores dominantes en las experiencias emocionales del ser humano, como estados afectivos transitorios o bien como disposiciones personales de la emocionalidad más o menos estables (Agudelo, Buela-Casal y Spielberger, 2007). Por lo tanto, el AP es una dimensión que refleja el nivel de compromiso agradable con el entorno; un alto nivel de AP supone entusiasmo, energía, mente despierta, mientras que un bajo nivel de AP refleja fatiga, cansancio mental y físico (Ambrona y López-Pérez, 2014). El AN está relacionado con los síntomas de malestar general, estados aversivos como estar angustiado, enojado, temeroso, triste, preocupado, autocrítico, con quejas de salud, insomnio, baja concentración, inquietud, culpabilidad y tendencia a tener una visión negativa de uno mismo (González, Herrero, Viña, Ibáñez y Peñate, 2004).

Se ha evidenciado que el AP y AN han marcado un hito en el curso de los trastornos emocionales, dando cuenta de su comorbilidad a partir del modelo tripartito, hoy en día considerado un modelo jerárquico en el que el AN es una variable de orden superior con respecto al AP y la hiperactividad fisiológica, de esta manera, tanto la ansiedad como la depresión se caracterizan por un alto AN, mientras que la hiperactividad fisiológica es específica para la ansiedad con un alto AN (Clark y Watson, 1991), la depresión se caracteriza por el bajo AP con un alto AN (Martín, Riquelme y Pérez, 2015). Lo anterior fue confirmado en posteriores estudios en los que se probaron modelos de relaciones estructurales entre los factores tripartitos del afecto y las dimensiones o características de los trastornos de ansiedad y depresión (Chorpita, 2002).

Evidencia de las asociaciones II y AN en estos trastornos comórbidos, se encuentran en los correlatos entre los altos índices de reactividad de AN y el estrés diario como un factor de vulnerabilidad para la depresión (Parrish, Cohen y Laurenceau, 2011). Se ha reportado que la II tiene una relación significativa con la ansiedad después de controlar a las variables mediadoras como la rumiación cognitiva, por ello se considera que la II puede ser un componente más relacionado con la ansiedad en lugar de la depresión (Yook, Kim, Suh y Lee, 2010). También, con respecto al papel mediador de la II en la relación entre el AN y la calidad del sueño en adolescentes, se evidenció que existía una correlación positiva entre esas

variables, por lo tanto, se concluyó que la preocupación se configura como una variable mediadora parcial (Lin, Xie, Yan y Yan, 2017).

En un estudio con 642 pacientes ambulatorios clínicos, se encontró que la II explicó parcialmente las relaciones que comparte el afecto negativo con la ansiedad social y la depresión (Paulus, Talkovsky, Heggeness y Norton, 2015), mientras que otros estudios reportan que el AN correlaciona positivamente con síntomas de ansiedad, depresión y otros trastornos (Payne y Schnapp, 2014; Stoeber, Schneider, Hussain y Matthews, 2014). Ante estos reportes, se puede afirmar que el AN se configura como un factor de orden superior mediador en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos del espectro ansioso depresivo, sin embargo, esta relación entre estas variables transdiagnósticas no es lo suficientemente clara en cuanto al rol mediador del AN como estado y como rasgo entre la II y los trastornos emocionales.

Estudios recientes identifican la II como construcción transdiagnóstica mediadora parcial significativa entre neuroticismo y todas las medidas de síntomas ansiosos y otros trastornos. La ansiedad anticipatoria a la incertidumbre mediaba parcialmente la relación entre neuroticismo, síntomas del trastorno de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo, mientras que la ansiedad inhibitoria mediaba parcialmente la relación entre neuroticismo y síntomas de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia y depresión.

Desde esta perspectiva se proponen dos hipótesis; en la primera se plantea que hay efecto mediador total para ansiedad y depresión. En la segunda que hay efecto mediador parcial para ansiedad y depresión. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue determinar el papel mediador del AN como estado-rasgo en la relación entre la II y los síntomas ansiosos y depresivos.

Método

Participantes

La muestra contó con un total de 506 participantes; seleccionadas por muestreo no probabilístico por conveniencia incidental, que residen en Bogotá y municipios de Cundinamarca (317 mujeres y 188 hombres) en edades comprendidas entre los 18 y 64 años ($M = 31.9$, $DE = 11.26$), de todos los niveles socioeconómicos con mayor porcentaje de estrato medio-bajo (39.1%) y estrato bajo (35.4%), estado civil con prevalencia de solteros (51.6%), casados (22.7%) y en unión libre (22.3%) y todos los niveles académicos, con mayor participación de educación superior (39.8%) y secundaria (27.5%). Como criterio de exclusión se tuvo en cuenta que no reportaran algún diagnóstico asociado a un trastorno afectivo, emocional o psicótico agudo, alteración cognitiva y aquellos que dificulten un estado de alerta y estado de conciencia necesario para el desarrollo de la prueba.

Instrumentos

Escala de afecto positivo y afecto negativo (PANAS). Diseñada por Watson, Clark y Tellegen (1988) y adaptada al castellano por Robles y Páez (2003), es un instrumento autoaplicable que consta de dos apartados de 20 reactivos cada uno, diez de los cuales miden el afecto positivo y diez el afecto negativo. En el primer apartado se evalúa la presencia de los afectos «en las últimas semanas» (afecto como estado), y en el segundo apartado se les evalúa «generalmente» (afecto como rasgo). Los reactivos están formados por palabras que describen diferentes emociones y sentimientos, y se contestan indicando un número en un rango del 1 al 5, en donde 1 significa «muy poco o nada», y 5 «extremadamente». Con una alta consistencia interna, con coeficientes alphas que oscilan entre .86 a .90 para el AP, y .84 a .87 para el AN.

Escala de intolerancia a la incertidumbre (Intolerance of Uncertainty Scale). Propuesta por Freeston, Rhéaume, Letarde, Dugas y Ladouceur (1994) y adaptada al español por González et al. (2006), la escala consta de 27 ítems sobre incertidumbre, reacciones emocionales y conductuales ante situaciones ambiguas, implicaciones de inseguridad e intentos de controlar el futuro. Presenta cinco alternativas de respuestas: 1 *nada característico de mí* y 5 *extremadamente característico de mí*. Este instrumento presenta un coeficiente de consistencia interna de .95, incluyendo dos factores; el primero está constituido por 16 ítems, los cuales hacen referencia a la incertidumbre generadora de inhibición, la cual se define en el modo en que la incertidumbre genera inseguridad, estrés y perturbación, presenta una consistencia interna de .93 y fiabilidad test retest de .90 y el segundo factor está constituido por 11 ítems y se denomina incertidumbre como desconcierto e imprevisión, aborda la necesidad de certidumbre que surge en la persona intolerante a la incertidumbre al verse afectada por los imprevistos, con una consistencia interna de .89 y fiabilidad test retest de .88.

Inventario de ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory [BAI]). El BAI, diseñado por Beck, Epstein, Brown y Steer (1988), es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología ansiosa. Cada ítem evalúa un síntoma de ansiedad en el que la persona valora el grado en que se ha visto afectado durante la última semana, utilizando una escala tipo Likert de cuatro puntos que va desde 0 (ninguno) hasta 3 (grave). La puntuación directa de cada ítem genera una puntuación total que varía de 0 a 63. La escala se caracteriza por una alta consistencia interna de .90 (Sanz, García-Vera y Fortun, 2012).

Inventario de depresión de Beck-II (Beck Depression Inventory-II [BDI-II]). Desarrollado por Beck, Steer y Brown (1996) y adaptado al español latinoamericano por Brenlla y Rodríguez (2006), es un instrumento que mide la severidad de los síntomas depresivos, consta de 21 ítems que se puntúan de 0 a 3. Presenta un coeficiente alfa de .88 en pacientes con diagnóstico previo de depresión. Los puntos de corte son: de 0 a 13 (depresión mínima), 14 a 19 (depresión leve), 20 a 28 (depresión moderada) y 29 a 63 (depresión severa).

Procedimiento

En las etapas preliminares se conformó la muestra de los participantes, se explicó el consentimiento informado en el que se mencionó su participación voluntaria, se les garantizó la confidencialidad de la información teniendo en cuenta los principios éticos de dignidad y respeto, salvaguardando los derechos y el bienestar de los participantes según las exigencias del código deontológico colombiano de psicología (Ministerio de la Protección Social, 2006). En las fases posteriores, se llevaron a cabo las tabulaciones y análisis estadísticos de los datos obtenidos.

Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS-25 y AMOS-23. Se realizó un análisis descriptivo de los datos, calculando las medidas de tendencia central de la distribución obtenida de la muestra y los valores centrales, el rango, y la distribución en cuanto asimetría y curtosis. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis de correlación paramétrica con el r de Pearson (orden cero y parcial), un análisis de regresión múltiple con pasos sucesivos, en el que se incluyó un análisis de mediación introduciendo en un segundo paso la variable mediadora hipotética. A continuación, se planteó un modelo estructural mediante un diagrama de senderos usando los indicadores de ajuste con ecuaciones estructurales y la revisión de los efectos directos e indirectos para cada variable analizada.

Tabla 1

Correlaciones de Pearson de orden cero para intolerancia a la incertidumbre, afecto negativo, ansiedad y depresión (N = 506)

Variables	1	2	3	4	5	6	7
1. II	-						
2. IInh	.89**	-					
3. IDes	.94**	.78**	-				
4. ANe	.48**	.50**	.45**	-			
5. ANr	.49**	.51**	.43**	.82**	-		
6. BDI-II	.53**	.54**	.47**	.51**	.49**	-	
7. BAI	.52**	.54**	.49**	.56**	.51**	.53**	-
M	56.83	33.22	23.61	18.69	18.43	8.59	12.29
DE	20.51	12.85	8.54	6.96	6.92	8.72	10.84
Asimetría	.64	.69	.57	1.13	1.11	1.53	1.26
Curtosis	.44	.43	.33	.96	1.00	3.11	1.25
α	.95	.94	.89	.85	.87	.92	.92

α : coeficiente alfa de Cronbach; ANe: afecto negativo como estado; ANr: afecto negativo como rasgo; BAI: inventario de ansiedad de Beck; BDI- II: inventario de depresión de Beck-II; DE: desviación estándar; IDes: incertidumbre como desconcierto; II: intolerancia a la incertidumbre; IInh: incertidumbre generadora de inhibición; M: media. Fuente: elaboración propia.

Resultados

Se encontró que las variables sintomáticas de ansiedad y depresión correlacionaron significativamente con todas las medidas afectivas y cognitivas. Las medidas de dispersión y tendencia central, así como todas las correlaciones de orden cero aparecen en la [Tabla 1](#). Se destacan las correlaciones significativas entre la II y el AN como estado (ANe) ($r = .48, p < .01$) y ANr ($r = .49, p < .01$), al igual que con las medidas sintomáticas para depresión ($r = .53, p < .01$) y ansiedad ($r = .52, p < .01$). De la misma forma, las dimensiones de la II, la incertidumbre como inhibición con depresión y ansiedad ($r = .54, p < .01$, respectivamente) y el desconcierto igualmente ($r = .47$ y $r = .49, p < .01$).

Una vez destacada la relación entre todas las variables, se tomaron el ANe y el ANr para analizar el papel moderador o mediador que tienen en la asociación de la II y las medidas sintomáticas. Se usaron correlaciones parciales controlando cada presentación del AN. Se encontró que la II y sus dimensiones al asociarse con las medidas de depresión y ansiedad, se disminuyen una vez controlados el ANe y ANr. En II con depresión, controlando ANe y ANr, disminuyeron a $r = .38$ y $.38$ ($p < .01$), en inhibición a $r = .39$ y $.40$ ($p < .01$), y en desconcierto a $r = .32$ y $.33$ ($p < .01$). En II con ansiedad, controlando ANe y ANr, disminuyeron a $r = .35$ y $.36$ ($p < .01$), en inhibición a $r = .37$ y $.38$ ($p < .01$), y en desconcierto a $r = .32$ y $.34$ ($p < .01$).

A partir de estos resultados, se planteó un análisis de regresión lineal jerárquica de dos pasos, en el primero aparecen la II, el ANe y ANr como predictores de los síntomas depresivos y ansiosos (criterios), en el segundo paso se incluyó la mediación y su valor de cambio estadísticamente significativo para comprobar la mediación. Los valores en los cambios en los coeficientes de determinación y prueba de hipótesis (ΔR^2 y ΔF), y el nivel de significación al agregar la moderación en el segundo paso del análisis de regresión después de ser verificados los cambios en los controles de las correlaciones parciales ([Baron y Kenney, 1986](#)). En la [Tabla 2](#) se observan los indicadores de regresión y el valor significativo del cambio en el segundo paso para depresión ($p = .018$ en ANe; $p = .001$ en ANr) y no significativo para ansiedad ($p = .910$ en ANe; $p = .184$ en ANr). Estos datos permitieron establecer que los predictores ANr y ANe tienen un efecto mediador total para depresión y parcial en ansiedad.

A continuación, mediante un diagrama de senderos ([Fig. 1](#)), se planteó la hipótesis sobre el papel mediador del AN en la relación entre II y depresión y ansiedad. Usando el método de máxima verosimilitud, se analizó mediante ecuaciones estructurales las regresiones entre las variables, buscando el ajuste del modelo teniendo en cuenta los indicadores $2/gI$, recomendado para controlar los efectos del tamaño muestral del 2 (valor esperado

menor a 3), así como valores superiores a .90 esperados para el contraste entre el modelo base y el ajustado según el Goodness of Fit Index (GFI y $AGFI$), el Normed Fit Index (NFI), la versión no normalizada llamada Tucker Lewis Index (TLI), y el ajuste incremental según el Comparative Fit Index (CFI). El Root Mean Square Error Aproximation ($RMSEA$) como un indicador de la diferencia por cada grado de libertad, representa el posible ajuste del modelo con el valor de la población total, el valor esperado debe ser preferiblemente menor a .05, asimismo, el Root Mean Square Residual (RMR) que indica las diferencias entre las varianzas y covarianzas obtenidas con el modelo, se espera que su valor sea el más cercano a cero ([Hu y Bentler, 1998](#)). Una vez revisados los valores obtenidos, se encontró que los indicadores de ajuste para el modelo de senderos planteado, resultaron favorables ($2/gI = 2.142$, $GFI = .993$, $AGFI = .97$, $NFI = .994$, $TLI = .99$, $CFI = .997$, $RMSEA = .048$, y $RMR = .007$).

Posteriormente, se revisaron los efectos específicos indirectos, se encontró que cuando la incertidumbre como desconcierto aumenta una desviación estándar, los síntomas depresivos aumentan .234, y cuando la incertidumbre como inhibición aumenta a .949, se trata por lo tanto de un efecto mediado parcial porque el AN sube .507. En la otra variable sintomática, cuando la incertidumbre como desconcierto aumenta una desviación estándar, la ansiedad incrementa un .29 y en IInh alcanza un .809, ambas formas de intolerancia a la incertidumbre indican un efecto mediado total porque el AN no presentó variación, es decir un efecto mediado total.

Usando un *bootstrapping* como método para calcular la varianza del efecto indirecto, se revisaron los intervalos de confianza al 95% ([Hayes, 2009](#)), se encontraron indicadores de aceptación de remuestreo favorables para los efectos indirectos en depresión según el predictor incertidumbre como desconcierto (IncDesc) (IC95% .038- .464), incertidumbre como inhibición (InIInh) (IC95% .637-1.291), y AN (IC95% .249- .756), en ansiedad, el predictor IncDesc (IC95% .045- .571) y en IInh (IC95% .524-1.138), la significación obtenida fue de $p = .023$ para IncDesc un $p = .002$ para InIInh y AN.

Discusión

La investigación tuvo como objetivo establecer el papel mediador del afecto positivo y negativo como parte del modelo transdiagnóstico para los síntomas del espectro ansioso depresivo. Teniendo en cuenta los resultados encontrados, se identificaron correlaciones estadísticamente significativas entre el afecto negativo estado y rasgo, la intolerancia a la incertidumbre y las medidas sintomáticas, así mismo se evidenció el papel mediador del afecto, parcial para depresión y total para ansiedad.

Tabla 2
Análisis de regresión múltiple para las variables afectivas y cognitivas predictoras en ansiedad y depresión

Modelos	Variables	R2	ΔR2	ΔF	Sig.	B	IC95%	
Depresión Modelo 1	Constante					3.05E-15	-.07	.07
	II					.38	.30	.46
Modelo 2	ANr	.34	.35	133.31	.00	.30	.22	.38
	Constante					-.06	-.13	.02
Depresión Modelo 1	II					.42	.34	.50
	ANr	.36	.02	12.07	.00	.26	.18	.34
Modelo 2	Mediación					.11	.05	.17
	Constante					2.86E-15	-.07	.07
Depresión Modelo 1	II					.37	.29	.45
	ANe	.36	.36	142.97	.00	.33	.25	.41
Modelo 2	Constante					-.04	-.12	.04
	II					.39	.31	.47
Depresión Modelo 1	ANe					.31	.22	.39
	Mediación	.37	.01	5.63	.02	.08	.01	.15
Modelo 2	Constante					4.08E-15	-.07	.07
	II					.35	.27	.43
Ansiedad Modelo 1	ANr	.35	.36	139.35	.00	.34	.26	.42
	Constante					-.02	-.10	.06
Modelo 2	II					.37	.29	.45
	ANr					.32	.24	.41
Ansiedad Modelo 1	Mediación	.36	.00	1.77	.18	.04	-.02	.11
	Constante					3.65E-15	-.07	.07
Modelo 2	II					.33	.25	.40
	ANe	.39	.39	163.35	.00	.40	.32	.48
Modelo 1	Constante					-.00	-.08	.07
	II					.33	.25	.41
Modelo 2	ANe					.40	.32	.48
	Mediación	.39	.00	.01	.91	.00	-.06	.07

ANe: afecto negativo como estado; ANr: afecto negativo como rasgo; β: coeficiente beta; IC95%: intervalo de confianza del 95%; II: intolerancia a la incertidumbre; R2: R cuadrado ajustado; Sig.: significación estadística; ΔR2: cambio en el R cuadrado; ΔF: cambio en F; Fuente: elaboración propia.

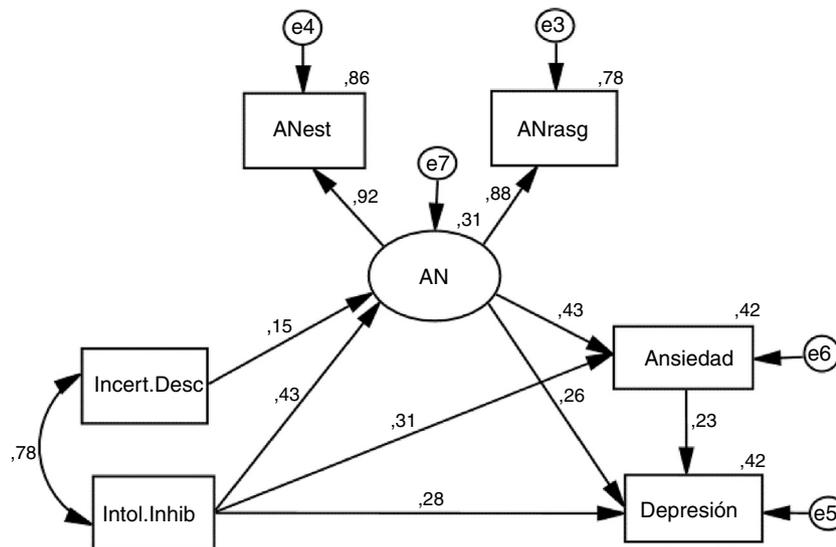


Figura 1. Modelo resultante de los análisis correlacionales parciales, las regresiones múltiples y los senderos usando el modelado de ecuaciones estructurales. AN: afecto negativo; ANest: afecto negativo como estado; ANrasg: afecto negativo como rasgo; II: intolerancia a la incertidumbre; Inc. Desc: incertidumbre como desconcierto; Intol.Inhib: incertidumbre generadora de inhibición. Fuente: elaboración propia.

Estos resultados confirmaron lo que plantea el MT frente a la presencia de procesos comunes en algunos trastornos, dando cuenta de que, en esta investigación en particular, las variables AN rasgo, AN estado y II están relacionadas, así como los indicadores de comorbilidad elevada entre los síntomas de ansiedad y depresión, que hacen parte de unos de los modelos actuales para la comprensión y tratamiento de los trastornos que comparten una serie de procesos cognitivos, fisiológicos y conductuales.

Se evidenció con los datos encontrados, el papel mediador del AN estado/rasgo en la relación II y los síntomas de ansiedad y depresión, no solamente después de controlar AN estado y rasgo, en donde las diferencias significativas revelaron que la II, sumada a la variable moderadora, presentó una elevada varianza explicada de la sintomatología ansiosa y depresiva. Estos datos son consistentes con hallazgos previos en los que la II se identificó como una variable central que explicaba la etiología y el mantenimiento

de la preocupación excesiva, comprendida esta como un proceso cognitivo directamente asociado al desarrollo de depresión y ansiedad (González, Cubas, Rovella y Darias, 2006) (McEvoy y Mahoney, 2012), siendo un factor determinante en la aparición de diversos trastornos emocionales, como una variable transdiagnóstica clave que resulta transversal a diferentes trastornos psicológicos como los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos y los trastornos alimentarios (Sandín et al., 2012).

La II es una variable asociada a la vulnerabilidad cognitiva de los trastornos incluidos, la ansiedad, la depresión entre otros (Carleton et al., 2012), aspecto reportado a su vez por Allana et al. (2017) quienes sugieren que hay una relación entre los factores cognitivos y los síntomas ansioso-depresivos; además, es consistente con otras investigaciones que dan cuenta del papel de la II en la sintomatología ansiosa en el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos clínicos (Counsell et al., 2017).

Los datos reportados pueden dar cuenta de la importancia de la II como un factor cognitivo de vulnerabilidad clave de los problemas emocionales y afectivos sumado al papel del AN en la mediación de los síntomas ansiosos, evidencia al respecto ha indicado por ejemplo que los sesgos cognitivos en personas con una elevada II suelen estar asociadas a altos niveles de AN y respuestas de inhibición como rasgo (Thibodeau et al., 2015), aunque siguen apareciendo evidencias para el posible rol causal del AN en trastornos de ansiedad como la generalizada, mientras que en depresión el papel mediador del AN se debería tener en cuenta ante la presencia de II, incluso teniendo en cuenta que puede ser un proceso de cambio en depresión (Talkovsky y Norton, 2016).

Se señalan algunas limitaciones ante la interpretación de los resultados obtenidos. Es posible que las correlaciones parciales existentes entre II y los síntomas ansiosos y depresivos controlando el AN tengan variaciones debidas al tamaño muestral que puede variar dependiendo del número de variables, estadísticos correlacionales e intervalos de confianza esperados (v.g., Algina y Olejnik, 2003); por otra parte, los instrumentos usados cuentan con adaptaciones españolas y mexicanas, aspecto que pudo agregar varianza extraña a los indicadores predictivos planteados en las hipótesis, se sugiere valerse en futuros estudios de baremos y estadísticas de distribución locales. Estos aspectos deben ser tenidos en cuenta en futuros estudios al respecto.

Las implicaciones clínicas que tienen estos hallazgos están orientadas al desarrollo de los módulos orientados a la modificación cognitiva y el fortalecimiento de las estrategias de regulación emocional, en los diferentes protocolos cognitivo conductuales, en los que la II y su relación con los síntomas mediados por el AN, ofrecen un panorama mucho más amplio que redundan en mejores posibilidades terapéuticas, un aporte a las ya reportadas en el metaanálisis de García-Escalera, Chorot, Valiente, Reales y Sandín (2016), en el que el protocolo unificado de Farchione et al. (2012) y otras intervenciones transdiagnósticas han demostrado eficacia en el tratamiento de estas problemáticas.

Así mismo, considerar la existencia de procesos comunes en diferentes trastornos permite explicar tanto la comorbilidad como el elevado solapamiento de síntomas entre distintos trastornos, y de ello se derivan importantes implicaciones clínicas y terapéuticas, habilita nuevas formas de abordar los problemas, proporcionando una base prometedora no solo para la atención, sino también para la prevención de los trastornos mentales (González, Cernuda, Alonso, Beltrán y Aparicio, 2018). Se ha señalado su utilidad para el diseño de programas de prevención de trastornos que comparten elementos comunes (Belloch, 2012).

Finalmente, se concluye que el presente estudio indicó que el AN puede ser un factor mediador entre la II, los síntomas de ansiedad de forma total y parcial con la depresión, esto genera nueva evidencia acerca de la relevancia del AN como rasgo y estado en el planteamiento de un modelo transdiagnóstico en el área clínica

terapéutica, lo que significa un aporte para el desarrollo de mejoras en los procedimientos clínicos tanto en la evaluación como en el afianzamiento de los actuales protocolos de intervención para la sintomatología asociada al espectro ansioso-depresivo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias no citadas

McEvoy y Mahoney, 2012

Referencias

- Agudelo, D., Buela-Casal, G. y Spielberger, Ch. D. (2007). Ansiedad y depresión: El problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30(2), 33–41. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58230205>
- Algina, J. y Olejnik, S. (2003). Sample size tables for correlation analysis with applications in partial correlation and multiple regression analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 38(3), 309–323. http://dx.doi.org/10.1207/S15327906MBR3803_02
- Allana, N. P., Coopera, D., Oglesby, M. E., Shortb, N. A., Saulniera, K. G. y Schmidtb, N. B. (2017). Lower-order anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty dimensions operate as specific vulnerabilities for social anxiety and depression within a hierarchical model. *Journal of Anxiety Disorders*, 53, 91–99. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.08.002>
- Ambrona, T. y López-Pérez, B. (2014). A longitudinal analysis of the relationship between positive and negative affect and health. *Psychology*, 5, 859–863. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2014.58097>
- Baron, R. M. y Kenney, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory. Manual* (2.ª ed.). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 295–311.
- Brenlla, M. y Rodríguez, C. (2006). *Manual de Inventario de Depresión de Beck BDI II. Adaptación Argentina*. Buenos Aires: Paidós.
- Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M. y Asmundson, G. J. G. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 468–479. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.011>
- Chorpita, B. F. (2002). The Tripartite Model and dimensions of anxiety and depression: An examination of structure in a large school sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(2), 177–190. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1014709417132>
- Clark, L. A. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316–336. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>
- Counsell, A., Furtado, M., Iorio, C., Anand, L., Canzonieri, A., Fine, A. y Katzman, M. (2017). Intolerance of uncertainty, social anxiety, and generalized anxiety: Differences by diagnosis and symptoms. *Psychiatry Research*, 252, 63–69. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.046>
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R. y . . . Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43(3), 666–678. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>
- Freeston, M. H., Rheaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J. y Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791–802. [http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M. y Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 147–175. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/viewFile/17811/pdf.80>
- González, D., Cernuda, J., Alonso, F., Beltrán, P. y Aparicio, V. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 145–166. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352018000100008>
- González, M., Cubas, R., Rovella, A. y Darias, M. (2006). Adaptación española de la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre: Procesos cognitivos, ansiedad y depresión. *Psicología y Salud*, 16(2), 213–233. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psycysalud/article/viewFile/775/1386>
- González, M., Herrero, M., Viña, C., Mañez, I. y Peñate, W. (2004). El modelo tripartito: Relaciones conceptuales y empíricas entre ansiedad, depresión y afecto

- negativo. *Revista latinoamericana de psicología*, 36(2), 289–304. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/805/80536208/>.
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, 76(4), 408–420. <http://dx.doi.org/10.1080/03637750903310360>
- Hu, L. y Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3(4), 424–453. <http://dx.doi.org/10.1037/1082-989X.3.4.424>
- Lin, R. M., Xie, S. S., Yan, Y. W. y Yan, W. J. (2017). Intolerance of uncertainty and adolescent sleep quality: The mediating role of worry. *Personality and Individual Differences*, 108, 168–173. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2016.12.025>
- Mahoney, A. E. y McEvoy, P. A. (2012). Transdiagnostic examination of intolerance of uncertainty across anxiety and depressive disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(3), 212–222. <http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2011.622130>
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. y Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 6–19. <http://dx.doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6>
- Martín, M., Riquelme, A. y Pérez, R. (2015). Afectividad negativa y positiva en adultos cubanos con sintomatología ansiosa, depresiva y sin trastornos. *Psicología Desde el Caribe*, 32(3), 410–423. <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.32.3.6668>
- McEvoy, P. A. y Mahoney, A. E. (2012). To be sure, to be sure: intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behavior Therapy*, 43(3), 533–545. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2011.02.007>
- Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias y Pontificia Universidad Javeriana. (2015). *Encuesta Nacional de Salud mental (Tomo I)*. (6 Septiembre 2017). Disponible en: http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf
- Ministerio de la Protección Social de Colombia (2006). *Ley número 1090 de 2006 (Septiembre 06). Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*. (6 Septiembre 2017). Disponible en: <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/IEYES/1090%2006.pdf>
- Parrish, B., Cohen, H. y Laurenceau, J. (2011). Prospective relationship between negative affective reactivity to daily stress and depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(3), 270–296. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2011.30.3.270>
- Paulus, D. J., Talkovsky, A. M., Heggeness, L. F. y Norton, P. J. (2015). Beyond negative affectivity: A hierarchical model of global and transdiagnostic vulnerabilities for emotional disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44, 389–405. <http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2015.1017529>
- Payne, T. W. y Schnapp, M. A. (2014). The relationship between negative affect and reported cognitive failures. *Depression Research and Treatment*, 2014, 1–14. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/396195>
- Reuman, L., Jacoby, R. J., Fabricant, L. E., Herring, B. y Abramowitz, J. S. (2015). Uncertainty as an anxiety cue at high and low levels of threat. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 47, 111–119. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.12.002>
- Robles, R. y Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud Mental*, 26(1), 69–75. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam031h.pdf>
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Chorpita, B. F. (2010). Development of a 30-item version of the revised child anxiety and depression scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 165–178. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.3.2010.4095>
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en Psicología Clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 185–203. Disponible en: http://www.aeppc.net/arc/02.2012.n3_sandin_chorot_valiente.pdf
- Sanz, J., García-Vera, M. y Fortún, M. (2012). El «inventario de ansiedad de Beck» (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Behavioral Psychology - Psicología Conductual*, 20(3), 563–583.
- Stoerber, J., Schneider, N., Hussain, R. y Matthews, K. (2014). Perfectionism and negative affect after repeated failure. *Anxiety, Depression, and Anger. Journal of Individual Differences*, 35, 87–94. <http://dx.doi.org/10.1027/1614-0001/a000130>
- Talkovsky, A. M. y Norton, P. J. (2016). Intolerance of uncertainty and transdiagnostic group cognitive behavioral therapy for anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 41, 108–114. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.05.002>
- Thibodeau, M. A., Carleton, R. N., McEvoy, P. M., Zvolensky, M. J., Brandt, C. P., Boelen, P. A. y Asmundson, G. J. (2015). Developing scales measuring disorder-specific intolerance of uncertainty (DSIU): A new perspective on transdiagnostic. *Journal of Anxiety Disorders*, 31, 49–57. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.01.006>
- Torres de Galvis, Y., Agudelo-Martínez, A., Sierra-Hincapié, G. y Salas-Zapata, C. (2014). Prevalencia de trastornos mentales en población general del municipio de Itagüí (Colombia), 2012. *Revista CES Medicina*, 28(1), 49–60. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=261132141005>
- Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063–1070. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- World Health Organization, WHO. (2017). Depression and other common mental disorders global health estimates. (6 Marzo 2017). Disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017-2-eng.pdf;jsessionid=101B93B684DF85209268A6BF784A6BD3?sequence=1>
- Yook, K., Kim, K. H., Suh, S. y Lee, K. (2010). Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 623–628. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.04.003>