

VARIABLES TRANSDIAGNÓSTICO PARA ANSIEDAD GENERALIZADA Y  
DEPRESION MAYOR EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

NATALIA DEL PILAR ARAQUE GOMEZ  
ANGIE MARCELA DIAZ CIFUENTES  
CRISTIAN CAMILO LARA LARA

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BOGOTÁ, D. C.

Junio de 2017



VARIABLES TRANSDIAGNÓSTICO PARA ANSIEDAD GENERALIZADA Y  
DEPRESION MAYOR EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

NATALIA DEL PILAR ARAQUE GOMEZ  
ANGIE MARCELA DIAZ CIFUENTES  
CRISTIAN CAMILO LARA LARA

Especialista Ps. Clínica, MsC (C)

CLAUDIA PATRICIA RAMOS PARRA

Asesor

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Junio de 2017



Nota de aceptación

---

---

---

---

Presidente del jurado

---

Jurado

---

Jurado

## AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer de manera especial al Doctor Leónidas Castro Camacho por otorgarnos el aval para utilizar el Modelo Transdiagnóstico, de igual manera a los investigadores Manuel Gonzales, Amanda Muñoz y Karina Franco, por suministrarnos los instrumentos utilizados e igualmente poner a nuestra disposición recursos bibliográficos para el desarrollo de la presente investigación. A los psicólogos José Luis posada y Merly Moran, por brindarnos asesorías adicionales acerca de temáticas de investigación. De igual manera a nuestra asesora del proyecto Claudia Patricia Ramos Parra, por su gran dedicación y asesoría constante durante todo el proceso investigativo. Para finalizar agradecer a los Decanos, Directores de Programa, Coordinadores, Docentes y Estudiantes de la Fundación Universitaria Los Libertadores por participar activamente del proceso investigativo, resaltando la participación de la facultad de psicología, quien puso a disposición todas sus herramientas para el desarrollo de este trabajo de grado e igualmente por permitirnos formarnos como Psicólogos en sus aulas.

## DEDICATORIA

Inicialmente quiero dedicar este trabajo a mis padres quienes me han fortalecido en principios y valores, que con innumerables esfuerzos han logrado brindarme el apoyo para crecer profesionalmente. Deseo agradecer especialmente a mi madre quien ha sido mi compañera de vida, aquella que siempre estuvo presente en momentos de alegría y tristeza, dándome su voz de aliento y lucha, porque gracias a ella soy la persona que soy, gracias por ser la persona que eres, gracias por darme la vida, tu confianza y ser mi gran inspiración. Gracias a mi padre quien me ha apoyado y se ha alegrado de mis triunfos, por estar con mil palabras cada vez que necesito un consejo. De igual forma quiero agradecer a mis hermanas quienes constantemente me han acompañado en cada paso que doy, porque sin ellas tampoco sería la persona que soy, agradezco por sus enseñanzas, sus regaños, su voz de aliento para no desfallecer en cada paso de mi carrera, especialmente de mi vida.

Agradezco con inmenso corazón a mi segunda familia, a mis segundos padres y hermanos, ellos con sus innumerables locuras me han enseñado a ser mejor persona, me han acogido como una hija más, me han brindado la oportunidad desarrollar mis conocimientos en su hogar. Finalmente, doy gracias por tener a mis grandes amigos y compañeros de tesis, con los cuales he compartido grandes anécdotas, tropiezos, alegrías y tristezas. Gracias por haber compartido esta gran experiencia de trabajo de grado, porque a pesar de los desacuerdos nos mantuvimos firmes con la frente en alto, con la ilusión de ser los profesionales que queremos ser. Inmensas gracias a todos.

*NATALIA DEL PILAR ARAQUE GOMEZ*

Para mis padres por ser los mejores en todo el universo, a mi hermana quien ha sido mi compañera de vida y quien me regaló la dicha de ser tía por primera vez. Papá gracias por hacer que comprendiera la importancia de no depender de nadie más que de mí misma, gracias por exigirme para que fuera la mejor, gracias por obligarme a ir siempre el primer día de clase a la universidad y por levantarme a las 4 de la mañana cuando tenía clase de 8 am. Gracias papito por ser el mejor del mundo, no hay palabras que describan cuánto te amo. A mí madre hermosa gracias por prepararme el desayuno todas las mañanas mientras vivimos juntas, por intentar que me gustaran las arepas con queso, gracias por darme la confianza y la tranquilidad cuando sentía que ya no podía más y hacerme sentir que todo iba a estar bien y al final todo era real, porque

siempre las cosas terminan bien. Gracias por ser mi mamá porque no hay nada en mi vida más perfecto que tú, tampoco existen palabras que describan mi inmenso amor por ti. A ti hermana gracias por enseñarme a ser fuerte, has sido la más importante y fiel compañía de toda mi vida. Gracias por traernos a Matías, quien ha sido el regalo más inesperado y a la vez el más perfecto para nuestra familia, te amo como no lo imaginas.

Gracias Natalia y Cristian porque sin ustedes nada de esto hubiese sido posible, no necesito más amigos si los tengo a ustedes. Gracias.

*ANGIE MARCELA DIAZ CIFUENTES*

Para iniciar quisiera agradecer a mi familia, a mis tíos y primos por brindarme su apoyo incondicional durante todas las etapas de mi vida, ya que cada uno de ustedes ha aportado de diferentes maneras a mi crecimiento como persona. Especialmente a mis tíos Saúl y Rosa y a mi primo Diego Lara, por estar pendiente de mí y de mi proceso de formación profesional, ya que sin sus innumerables colaboraciones no hubiese sido posible llegar hasta este punto.

De igual manera resaltar el papel crucial que jugaron mis hermanos Andrés y Natalia, quienes me apoyaron durante todo este proceso y no permitieron que desfalleciera, aunque las circunstancias fueran las más adversas. A mis sobrinos Juan Esteban y Dulce María por ser una de mis motivaciones diarias y con los que espero disfrutar cada uno de mis triunfos. También agradecer a mis abuelos Francisco y María del Carmen por ser esas personas de cualidades infinitas y enseñanzas intachables, y con quienes he tenido la fortuna de compartir toda mi vida y por lo que agradezco a Dios por ponerlos en mi camino.

A mis compañeras y amigas Angie y Natalia, por emprender conmigo este reto de la investigación e igualmente agradecerles por su amistad incondicional y sincera durante todo este tiempo. También a mi asesora y docente Claudia Ramos, por estar en los momentos importantes de mi formación profesional y quien con su pasión y entrega a nuestra profesión imprime un valor y una motivación adicional para mejorar mi desempeño profesional.

Por último y no por eso menos importante, agradecer infinitamente a mis padres José Ramón y Carmenza, personas con una calidad humana inigualable y a quienes agradezco por poner todos sus recursos y esfuerzos para mi formación personal y profesional. A todos y cada uno de ustedes dedico este trabajo.

*CRISTIAN CAMILO LARA LARA*

## Tabla de contenido

RESUMEN, 1.

JUSTIFICACIÓN, 3

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, 6.

OBJETIVOS, 8.

*Objetivo General, 8.*

*Objetivos Específicos, 8.*

Marco conceptual, 9.

    Ansiedad generalizada, 9.

    Depresión mayor, 21.

    Factores de vulnerabilidad, 27.

    Modelo transdiagnóstico, 30.

    Factores de Riesgo, 32.

Método, 39.

    Tipo de investigación, 39.

    Participantes, 39.

    Variables, 40.

    Instrumentos, 41.

    Procedimiento, 43.

    Consideraciones éticas, 44.

Resultados, 45.

Discusión, 55.

Conclusiones, 61.

Referencias, 63.

Apéndices, 68.

### **Lista de figuras.**

Figura 1. Distribución por edad, 45.

Figura 2. Distribución por facultad, 46.

Figura 3. Distribución por jornada Académica, 46.

Figura 4. Distribución por semestre académico, 47.

Figura 5. Distribución por sujetos que laboran, 47.

Figura 6. Distribución por nivel socioeconómico, 48

**Lista de tablas.**

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables de estudio por facultad, 48.

Tabla 2. Correlaciones entre las variables independientes y variables dependientes por medio del coeficiente de correlación de Pearson, 51

Tabla 3. Análisis predictivo variable Ansiedad Generalizada, 52.

Tabla 4, Análisis predictivo variable Depresión, 53

**Listas de apéndices.**

Apéndice 1. Consentimiento informado, 68.

**VARIABLES TRANSDIAGNÓSTICO PARA ANSIEDAD GENERALIZADA Y DEPRESIÓN MAYOR EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS**

*RESUMEN*

Se realizó una investigación predictiva correlacional, con el objetivo de observar la relación predictiva de las variables transdiagnóstico intolerancia a la incertidumbre, regulación emocional y perfeccionismo con ansiedad generalizada y depresión mayor, en una muestra no clínica de estudiantes universitarios. Para ello, se aplicaron la escala de intolerancia a la incertidumbre, la escala de perfeccionismo de Frost, la escala de regulación emocional, inventario de depresión de Beck y la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD 7). Los resultados mostraron que principalmente la intolerancia a la incertidumbre, seguida por regulación emocional predijeron ambos trastornos. De acuerdo a lo hallado en esta investigación puede concluirse que en las facultades de administración y educación se presentan niveles significativos de sintomatología relacionada con la depresión, de igual manera en toda la muestra utilizada se encuentra presente síntomas asociados al trastorno de ansiedad generalizada, por lo cual se recomienda a los entes encargados del área de salud de la universidad generar dentro de su programación espacios que promuevan programas de promoción, prevención e intervención ante este tipo de problemáticas. Por otro lado se destaca el papel del modelo transdiagnóstico como método de evaluación e intervención en patologías como la ansiedad generalizada y la depresión mayor.

**Palabras claves:** Ansiedad generalizada, Depresión mayor, Intolerancia a la incertidumbre, Regulación emocional, Perfeccionismo.

**ABSTRACT**

A correlational predictive research was carried out with the objective of observing the predictive relationship of the variables transdiagnosis intolerance to uncertainty, emotional regulation and perfectionism with generalized anxiety and major depression, in a nonclinical sample of university students. To that end, the scale of Frost perfectionism, the emotional regulation scale, the Beck depression inventory and the Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD 7) were applied. The results showed that mainly intolerance to uncertainty, followed by emotional regulation predicted both disorders. According to what has been found in this research, it can be concluded that in the administration and education faculties there are significant levels of symptoms related to depression, just as throughout the sample used, symptoms associated with generalized

anxiety disorder are present. Which is recommended to the entities in charge of the area of health of the university to generate within its programming spaces that promote programs of promotion, prevention and intervention before this type of problems. On the other hand the role of the transdiagnostic model as a method of evaluation and intervention in pathologies such as generalized anxiety and major depression is highlighted.

*Keywords:* Generalized Anxiety Disorder, Major Depressive Disorder, Intolerance to Uncertainty, Emotional Regulation, Perfectionism.

### **Justificación.**

La presente investigación se desarrolla a partir de la prevalencia de condiciones psicológicas de salud mental en la población mundial. Después de realizar una amplia revisión sobre estados psicológicos, se observa que de acuerdo a la American Psychiatric Association (APA), el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y la depresión mayor (TDM) presentan mayor presencia sobre la población; lo anterior es apoyado por la OMS, afirmando que estos dos trastornos se encuentran dentro de las 10 enfermedades con mayor frecuencia en el mundo, prediciendo que para el año 2020 serán la segunda causa de incapacidad en la población.

Así mismo es de resaltar que la edad de inicio de la sintomatología ansiosa y depresiva es al inicio de la juventud, cuando se inicia la etapa universitaria; Los estudios de Descalzi, Cruz, Murga (2009), encuentran que hay una presencia del 27.8% de sintomatología relacionada con la ansiedad generalizada en universitarios, y en la misma línea Moreno y Muñoz (2009), mencionan que la aparición de sintomatología del TAG y TDM en estudiantes universitarios puede estar relacionada con estrés académico, factores familiares, económicos y sociales

Considerando el interés de esta investigación, diferentes estudios explican la presencia de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios en Colombia; es así que Cardona, Pérez, Rivera, Gómez y Reyes (2015) enuncian que la etapa universitaria está conformada en su mayoría por adolescentes y jóvenes que comienzan a crear proyectos de vida, donde se asumen responsabilidades sociales, por lo cual aumenta el número de presiones psicosociales que conllevan en algunas situaciones a generar vulnerabilidades para desarrollar trastornos mentales; Por su parte Guavita y González (referidos en Ferrel, et al, 2011) afirman que se ven influenciados factores como la edad, el género, el estrato y circunstancias de la vida diaria. En la actualidad los altos grados de competitividad y exigencia hacen que los estudiantes se vean afectados en su salud mental, por ejemplo, los altos niveles de desempleo conllevan también al

desarrollo de patrones ansiógenos y depresógenos antes de alcanzar el título universitario.

Martínez, (2014). Agudelo, Casadiegos y Sánchez (referidos en Montoya et al, 2010) exponen que en las universidades los motivos de consulta más comunes en asistencia psicológica son los casos relacionados a ansiedad y depresión, ya que se reporta que los consultantes se encuentran en un rango del 25% al 50% del total de los estudiantes.

Teniendo en cuenta los factores mencionados, la prevalencia de los trastornos emocionales en población universitaria, se considera pertinente abordarlos desde un nuevo enfoque científico desarrollado en el campo de la psicología, denominado transdiagnóstico. Sandín (2012) menciona que su objetivo es abordar variables que estén relacionadas con dos o más grupos de trastornos, y de esta manera proponer intervenciones psicológicas sobre estas variables con el fin de influir directamente en la estructura del trastorno. Este modelo puede resultar de gran ayuda para el sistema de salud en Colombia, ya que los tiempos de intervención psicológica y los costos de atención, pueden disminuir, los resultados se pueden manifestarse de manera progresiva ya que al intervenir la variable se está obteniendo una mejoría en ambas sintomatologías.

Al realizar un abordaje desde la perspectiva transdiagnóstica, se identifican tres variables asociadas con la aparición de la ansiedad generalizada y la depresión mayor, estas son: intolerancia a la incertidumbre regulación emocional, y por último el perfeccionismo. Estudios como los de Gonzales, Ibáñez y Cubas (2006), González, Ibáñez, Rovella, López y Padilla (2013) y Lourdes (2014) dan cuenta del poder predictivo de estas variables sobre sintomatología de ansiedad generalizada y depresión mayor. Desde esta perspectiva la utilidad del modelo transdiagnóstico en el contexto universitario se vería reflejado tanto en los entes encargados de la salud mental en la universidad como coordinación de salud y las demás dependencias, como en

los estudiantes de la universidad, ya que los tiempos de evaluación e intervención se disminuye, los cambios se observan más rápido y se está contribuyendo para mitigar los efectos que el desarrollo de las enfermedades mentales están teniendo en la población mundial.

### **Planteamiento del problema**

El campo de la salud mental tanto a nivel mundial como en el país ha sido una temática de la cual se ha generado diferentes investigaciones, que han obtenido como resultado información relevante sobre epidemiología, prevalencia de los trastornos mentales, entre otras, en las diferentes etapas del ciclo vital (niños, adolescentes y adultos). En Colombia los estudios de salud mental evidencian cifras importantes sobre la prevalencia de enfermedades mentales sobre la población, en especial la que se encuentra en edades comprendidas de 18 a 44 años, quienes conforman más del 50% de la muestra estudiada ENSM (2003, 2015). En relación con la ansiedad generalizada, en el estudio nacional de salud mental (2003) se tuvo una prevalencia del 1.5% en hombres y 1.2 % en mujeres, para el caso de la depresión se evidencia que en hombres se presentó 8.4% y en mujeres el 14.9 %. En el ENSM (2015), se observa que la presencia de la ansiedad generalizada estuvo reflejada en un 0.2% en hombres y en un 0.7% en mujeres. Por la misma línea en la depresión evidencia porcentajes de 0.9% en hombres y 2.3% en mujeres.

Durante la revisión del presente estudio se ha manifestado la problemática frente a ambos trastornos en la población, que además dejan ver el grado de comorbilidad que se genera con un porcentaje de 7,5 % entre ambos; dentro de la muestra evaluada se observa que las personas que presentan dicha comorbilidad tienden a ser más jóvenes y su trastorno de depresión suele ser de mayor intensidad. Aragonés, Piñol y Lavad (2009).

Dentro de los avances que se han dado en la disciplina psicológica se encuentra el modelo transdiagnóstico, desarrollado con el objetivo reconocer variables que comparten ambos grupos de trastornos y de esta manera generar una intervención hacia los mismos que mejore la sintomatología de ambos. Referente al TAG y TDM la literatura muestra la existencia de algunos factores de riesgo, como son: intolerancia a la incertidumbre, regulación emocional y

perfeccionismo los que están relacionados con la aparición de estas patologías; en Colombia no se encuentran investigaciones realizadas bajo el modelo transdiagnóstico que brinden explicación sobre la relación de estas variables con la aparición de estos trastornos, por ende se tiene por objetivos observar la correlación entre variables transdiagnóstico y variables psicopatológicas, como también el análisis sobre los niveles de predicción que mantienen las mismas, teniendo esto en cuenta, la pregunta problema se encuentra orientada de la siguiente manera, ¿Cuáles son las variables transdiagnosticas que mejor predicen la presencia de síntomas asociados a ansiedad generalizada y depresión mayor en una muestra no clínica de estudiantes universitarios?

## OBJETIVOS

### **General**

Observar la relación predictiva de las variables transdiagnóstico: intolerancia a la incertidumbre, regulación emocional y perfeccionismo con la ansiedad generalizada y la depresión mayor en una muestra no clínica de estudiantes universitarios.

### **Específicos**

-Evaluar la presencia de síntomas asociados al trastorno de ansiedad generalizada y trastorno depresivo mayor en muestra no clínica de estudiantes universitarios.

-Caracterizar las variables transdiagnósticas: intolerancia a la incertidumbre, regulación emocional y perfeccionismo en la muestra de estudiantes universitarios.

-Observar la correlación existente entre variables psicopatológicas y variables transdiagnósticas.

### **Marco Conceptual**

La OMS sostiene que algunas de las enfermedades mentales en la población mundial, son la ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor los cuales presentan altos índices de prevalencia, ocupando así el cuarto lugar de discapacidades en el mundo, afectando a su vez a 350 millones de personas aproximadamente.

En la investigación se tienen en cuenta definiciones y síntomas recopilados a partir del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM V, 2014) y de una serie de estudios científicos. Inicialmente se procederá con la descripción del grupo de los trastornos de ansiedad, seguido por los trastornos del estado de ánimo.

#### **Ansiedad Generalizada**

Por un lado, la ansiedad, según Jarne, Talarn, Armayones, Horta y Requena (2011) es definida como un estado de inquietud en el cual un individuo tiende a experimentar sensaciones de incomodidad, tensión y displacer, estos a su vez conllevan a estados de malestar general, frecuentemente la persona que la padece percibe diferentes situaciones como amenazantes. El mismo autor expone que la ansiedad se encuentra involucrada en tres áreas principales: el área cognitiva (temor, pensamientos negativos, mal funcionamiento de atención, memoria y concentración), el área conductual o relacional (temblores, inquietud, tensión ambiental y familiar) y finalmente el área somática (hiperactivación vegetativa).

Eysenck, (referido en Arcas y Cano, 1999) menciona que la ansiedad es producto de la interferencia de diferentes sesgos cognitivos, en el momento en que estos son exagerados y en la mayoría de los casos erróneos, es cuando produce la respuesta ansiosa que algunas veces cuando suelen ser muy altas llegan a ser patológicas. La ansiedad clínicamente relevante y la ansiedad normal establecen una notable línea de diferencia, la ansiedad patológica está reflejada por manifestar en el organismo estados de alerta constantes, afectando así el sistema inmunológico y

dejándolo propenso a ciertas enfermedades; otros de los sistemas que normalmente se ven afectados son el fisiológico, cognitivo, motivacional, comportamental y afectivo. Rovella, Rodríguez, y Solares, (2008).

Tortella, (2014) expone que los trastornos de ansiedad se clasifican en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en la quinta edición DSM-V de la siguiente manera: Trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de angustia, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicación, trastorno debido a otra enfermedad médica, otros trastornos de ansiedad especificado y trastorno de ansiedad no especificado.

El trastorno de ansiedad por separación, de acuerdo con el DSM V (2014) se caracteriza por un miedo persistente debido a sucesos que implican la separación del individuo con otra figura ante la cual se posee un vínculo específico. Dentro de los síntomas clínicos centrales se destaca la preocupación, malestar psicológico, rechazo al quedar solo en casa o el desplazamiento a otros lugares y aparición de pesadillas o síntomas físicos que se dan en el momento de la separación o se presentan de forma anticipatoria; los cuales deben estar presentes en un mínimo de 6 meses.

El mutismo selectivo por su parte se caracteriza por la incapacidad de hablar en contextos sociales donde se esperaría la interacción del individuo. Cabe decir que este comportamiento cambia en diferentes circunstancias en las cuales hay menos dificultades para comunicarse; por ejemplo, estar en casa o realizar la verbalización ante familiares cercanos. La duración mínima debe ser de un mes, sin embargo, no es aplicable en el primer mes de escuela.

Ahora, la fobia específica se describe como el miedo continuo y desacertado que tiene un individuo hacia un objeto, situación o actividad específica, es por ello que naturalmente se intenta evitar dichas situaciones de cualquier manera posible. Este síndrome posee tres

elementos: ansiedad anticipatoria, temor central en sí mismo y conducta de evitación. El DSM V (referido en Tortella, 2014) explica que la fobia específica presenta la posibilidad de que ante la presencia de un estímulo fóbico el individuo pierda el control, se angustie y llegue a un estado de pérdida de consciencia. El nivel de ansiedad aumenta en la medida que el estímulo se encuentra más próximo y así mismo disminuye cuando el estímulo se aleja. Dentro de la clasificación del manual se observa que la fobia específica tiene varios subtipos; animal, entorno natural, sangre-heridas-inyecciones, situacional y otros tipos. Su duración debe sobrepasar los 6 meses.

El trastorno de ansiedad social o (fobia social) para Virgen, Lara, Morales y Villaseñor (2005) se caracteriza por un temor persistente ante situaciones sociales donde el sujeto piensa que estará expuesto a humillación ya sea por hablar en público, orinar en baño público (vejiga tímida) o hablar en una cita. El DSM V (2014) menciona además que el individuo tiende a mostrar síntomas ansiosos que lo llevan a ser valorado de forma negativa ante los demás. Su duración debe ser de mínimo 6 meses.

Por su parte, la crisis de angustia, se define por ser la emersión aislada y temporal de miedo que genera malestar intenso en el individuo. Jarne, et al. (2011) sustentan que la crisis de angustia se divide en 3 tipos: crisis de angustia inesperada (aparece sin ningún motivo), crisis de angustia situacional (estímulo ambiental) y crisis de angustia predispuesta situacionalmente (se presenta frente a estímulos de señal, aunque también en la ausencia de los mismos). Para la quinta versión del manual (referido en Tortella, 2014) la crisis de angustia se limita a dos tipos: crisis esperadas y crisis inesperadas.

En cuanto a la agorafobia el DSM V (referido en Tortella, 2014) la caracteriza por miedo o ansiedad que emerge ante determinadas situaciones, por ejemplo, estar en el transporte público, en lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas, estar en medio de la multitud o encontrarse

fuera de su casa. La persona que lo padece intenta evitar las situaciones ya que los pensamientos frecuentes se interpretan en ideas donde no se podrá huir o recibir ayuda necesaria ante los síntomas que se manifiestan.

La ansiedad inducida por sustancias, para el DSM V es el resultado del efecto secundario del consumo voluntario e involuntario de sustancias (drogas, fármacos o tóxicos), donde inclusive estos síntomas se pueden presentar durante periodos de abstinencia.

Con relación al trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, el DSM V (2014) lo explica como un trastorno que se desarrolla debido a que se comprometen algunas enfermedades médicas que conllevan a la exacerbación de los síntomas de ansiedad. Para Jarne, et al. (2011) las enfermedades que más se involucran con el trastorno son el hipertiroidismo, feocromocitoma, hipoglucemia, arritmias cardíacas, neumonía, déficits vitamínicos, neoplasias, encefalitis, enfermedad vestibular y crisis comiciales.

Por otro lado, el trastorno de ansiedad especificado, para el DSM V se manifiesta evidentemente con síntomas de ansiedad significativos, sin embargo, en el transcurso no se cumplen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad, dentro de los trastornos asociados los más comunes son las crisis de angustia (limitada) y el trastorno de ansiedad generalizada (el tiempo generalmente no es recurrente). Es primordial mencionar que se debe especificar la causa por la cual no se cumple todos los criterios diagnósticos.

El trastorno de ansiedad no especificado según el DSM V (referido en Tortella, 2014) menciona que se presentan síntomas de ansiedad significativos pero que no cumplen con la presencia de todos los criterios diagnósticos. A diferencia del trastorno que anteriormente se ha mencionado, en el presente trastorno de ansiedad no se especifica la causa del porque no se cumplen todos los criterios diagnósticos.

Ahora, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) tomada como trastorno base en la presente investigación, se ha redefinido en varias ocasiones en el DSM con el propósito de aumentar la validez de su diagnóstico. En las diferentes ediciones se establece la definición, síntomas y tiempo de duración. Vijay, Avasthi, & Grover, (2014).

Con respecto al DSM III- R (1987), se considera que el TAG está compuesto por ansiedad excesiva y poco realista de las situaciones cotidianas que venía antecediendo a seis meses de su actual estado, dentro de la sintomatología se encuentra que el individuo tiene ideaciones de sentirse atrapado o cerca al peligro, dificultad para concentrarse, irritabilidad, con respuestas motoras y vegetativas como ahogo, mareo, dolor muscular, temblor, aumento de la tasa cardiaca y fatiga excesiva.

La versión del DSM IV (1994), también hace énfasis en los componentes anteriormente mencionados. Posteriormente el DSM IV-TR (2002), muestra un aumento de los criterios diagnósticos y también el tiempo de prevalencia de la sintomatología; dentro del diagnóstico el trastorno debe estar presente por lo menos en tres de los siguientes síntomas: inquietud, fatigabilidad, dificultad para concentrarse o mantener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño como insomnio de conciliación o de mantenimiento etc.

En la versión del DSM V (2014), se mantienen los criterios anteriormente mencionados y se incluye un criterio diagnóstico, el cual menciona que los sujetos que padecen este trastorno presentan un deterioro clínico importante en todas las áreas de ajuste siendo el área social la más afectada.

En referencia al diagnóstico diferencial mencionado por Reyes (2010) acerca del TAG se muestra una relación existente con otros trastornos, por ejemplo, en el momento que hay un predominio del estado de ánimo bajo, se da prioridad al trastorno depresivo, si se presentan

ataques repentinos de ansiedad no provocada se puede asociar al trastorno de pánico, cuando existe la presencia de un estresor psicosocial no importante se considera que hay presencia de un trastorno adaptativo, si existe evitación o temor a situaciones específicas se puede considerar como una fobia y si se da un exceso en el uso de sustancias como nicotina, cafeína o narcóticos se puede considerar como la presencia de un trastorno asociado al uso de estas sustancias.

A su vez Hayes, Orsillo y Roemer (2011), exponen que en los individuos diagnosticados con TAG, pueden aparecer una serie de distorsiones cognitivas las cuales se generan por errores en el procesamiento de información, afectando así la gravedad de la sintomatología presentada en este trastorno. Londoño, Álvarez, López y Posada (2005), desarrollaron una investigación con el objetivo de identificar las distorsiones cognitivas que estarían presentes en pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada, aplicaron el Cuestionario del Trastorno de Ansiedad Generalizada de Newman GAD-Q IV y el Inventario de Pensamientos Automáticos IPA de Ruiz & Luján, a una muestra de 147 sujetos, de los cuales 36 tienen Dx de TAG y 111 conformaron el grupo control.

Dentro de los resultados se encontró que las distorsiones cognitivas se encuentran presentes de forma jerárquica, lo que desencadena la formación de un estilo de rigidez cognitiva y predicción catastrófica, el cual se compone de tres niveles. El primero hace referencia a la rigidez cognitiva frente a las expectativas sociales del deber ser y lo justo, en este orden de ideas la primer distorsión cognitiva que compone este estilo son los deberías, con este, se tiene la creencia de que se debe seguir un conjunto de reglas para una situación determinada, y si por algún motivo esta no se desarrolla de acuerdo a lo acordado crea en el individuo una sensación de molestia, lo que genera una alteración emocional extrema que mantiene la preocupación excesiva.

En segundo lugar, se encuentra la distorsión denominada falacia de justicia, donde el individuo considera injusto todo lo que no se acomoda a sus deseos y necesidades y se manifiesta en la forma de interpretar algunos asuntos interpersonales como preocupantes, esto se da en la medida que el contexto social lo pone en desventaja y se evidencia en contextos sociales, familiares y laborales.

El siguiente nivel hace referencia a la rigidez cognitiva frente a la necesidad de control y el convencimiento de tener la razón, donde se ve involucrada la falacia de control que se caracteriza por intentar mantener todas las situaciones bajo su dominio para reducir los niveles de ansiedad, en los individuos con TAG, la sensación de no tener el control aumenta los niveles de preocupación sobre los posibles eventos que puedan suceder en el futuro. Así mismo en este nivel se ve involucrado la distorsión cognitiva nombrada como tener razón, en la cual el sujeto siempre entenderá su punto de vista ante una situación como la mejor opción, por último, se encuentra la falacia de cambio, la cual hace referencia a que el bienestar depende de causas externas y que deben ser estas las que se adecuen a la situación del individuo.

Para concluir, se encuentra el nivel denominado predicción catastrófica de los eventos, donde se componen de tres distorsiones cognitivas; las cuales son visión catastrófica, característica principal de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, ya que ellos tienden a adelantarse a los acontecimientos de manera negativa; así mismo se encuentra la abstracción selectiva, la cual actúa en pacientes con TAG como un localizador de posibles amenazas para el sujeto; y por último se encuentra la sobregeneralización, la cual sería el mantenedor de la preocupación ya que implica sacar conclusiones de un hecho cotidiano sin tener una base suficiente.

Con respecto al TAG se han desarrollado diversos modelos teóricos con el fin de comprender su estructura, El primero que surgió fue el modelo conceptual de Dugas, Gagnon, Ladouceur y Freeston (1998) quienes proponen que está compuesto por cuatro variables predictivas.

La primera variable a tener en cuenta es intolerancia a la incertidumbre, según Moreno (2009) se concibe como la anticipación que genera el individuo ante diferentes situaciones que a futuro pueden conllevar a una posible amenaza, esta sintomatología aumenta si el individuo no posee herramientas de afrontamiento, además se relaciona con estados cognitivos como la presencia de pensamientos automáticos y distorsiones como imágenes pictóricas, fantasías o sueños; conductuales como intranquilidad, estado de alerta constante y manifestaciones fisiológicas que es posible que se involucren en trastornos de conducta alimentaria o del sueño.

La segunda variable se define como creencias sobre la preocupación, esta es explicada por González, Ibáñez y Cubas (2006), como una metacognición que se genera en torno a una preocupación y a partir de esta, aparece un método de resolución de problemas frente a las situaciones que se presenten. En este caso se cree que al aumentar la sensación de control y al prevenir consecuencias indeseables se tiene un comportamiento asertivo, aunque esté genere problemas de ansiedad y depresión, de hecho, preocuparse excesivamente suele hacer parte de una clase funcional de evitación.

La tercera variable es la orientación pobre al problema, esta hace referencia al conjunto de procesos metacognitivos que reflejan la conciencia y valoración de los problemas cotidianos con la propia capacidad para resolverlos, en ella se incluye la percepción del problema, la atribución del problema, la valoración del problema, las creencias de control personal y las respuestas emocionales. González, Ibáñez y Cubas (2006)

La última variable se conoce como la evitación cognitiva, la cual según Borkovec, Shadick y Hopkins, (referidos en Ibáñez, Cubas, y González, 2006) se describe como una actividad cognitiva de tipo conceptual, lingüística-verbal que suprime las imágenes mentales, además, se caracteriza por intentos deliberados de no evocar un pensamiento en particular, lo que genera un nivel de frecuencia y malestar alto.

Años más adelante, surgen otros modelos explicativos que se describirán a continuación sobre el trastorno de ansiedad generalizada, cada uno de estos toman un factor derivado del modelo de Dugas y lo refieren como el mantenedor de la sintomatología del TAG. Wegner, Schneider, Carter y White, (referidos en Jiménez, Orgambidez y Pascual, 2015).

Dentro de dichos referentes, se encuentra el denominado modelo de evitación de la preocupación y TAG, este modelo fue propuesto por Borkovec, 1994; Borkovec y col., 2004, (referidos en Behar, Dobrow, Heckler, Mohlman, y Staples, 2011), el cual se basa en la teoría del miedo en dos fases, la primera está relacionada con el condicionamiento clásico y la segunda con el condicionamiento instrumental, a su vez se deriva del modelo de procesamiento emocional. El modelo de evitación de la preocupación (MEP), refiere que la preocupación es una actividad lingüística y verbal que está basada en el procesamiento y tiene la capacidad de inhibir las imágenes mentales vívidas, la activación emocional y somática asociada. Cuando ocurre esta inhibición evita que el procesamiento emocional del miedo se active. Según el MEP las imágenes mentales catastróficas involucradas en el estado de preocupación son reemplazadas por la actividad lingüística menos temerosa, de este modo la preocupación tiene un reforzador positivo que realiza la eliminación de imágenes aversivas y temerosas, esto por medio de creencias positivas. Foa & Kozak, 1986; Foa y col., 2006, (referidos en Behar, Dobrow, Heckler, Mohlman, & Staples, 2011).

El siguiente modelo referente al TAG se denomina modelo metacognitivo, que es propuesto por Wells (1995, referidos en Behar, Dobrow, Heckler, Mohlman, y Staples, 2011), quienes sugieren que los sujetos con TAG experimentan dos tipos de preocupaciones: la primera, hace referencia a una preocupación emitida por un estímulo no cognitivo, es decir, del ambiente y la segunda a los intentos ineficaces de enfrentar la preocupación, este tipo de preocupación es la que define a los individuos que presentan el trastorno de ansiedad generalizada. De este mismo modo los pacientes con TAG generalmente viven atrapados en una perturbación emocional ya que las metacogniciones activan el patrón de respuesta en las experiencias internas denominado síndrome cognitivo emocional, que hace referencia a la preocupación, la rumiación, la fijación de la atención y las estrategias autorreguladoras poco útiles que mantienen las ideas negativas.

Por otro lado, el modelo basado en la aceptación del trastorno de ansiedad generalizada, desarrollado por Orsillo, Roemer y Barlow (2002) mencionan que el TAG se compone de cuatro variables, la primera hace referencia a las experiencias internas, las cuales son pensamientos, sentimientos y reacciones corporales que se dividen en reacciones negativas a experiencias internas, que significa la interpretación negativa de las sensaciones anteriormente mencionadas; por otro lado aparece la fusión con experiencias internas, la cual refiere que el individuo percibe como permanente aquellas experiencias negativas transitorias; la evitación experiencial se concibe como una evitación automática ante experiencias negativas o amenazantes y el último hace referencia a la restricción conductual, que hace alusión a la evitación de actividades que para el sujeto son significativas, esta fase se da cuando el cuadro ansioso está plenamente configurado.

Ahora bien, como respaldo empírico al modelo Dugas y colaboradores, Gonzales, Ibañes y Cubas (2006), desarrollaron una investigación que tiene como objetivo poner a prueba el papel

de las variables dentro del trastorno de ansiedad generalizada y observar la participación de estas en otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo; para lo anterior se aplicaron los siguientes instrumentos: Escala de intolerancia a la incertidumbre, inventario de supresión de pensamientos y cuestionario why worry?, todos con sus respectivas adaptaciones españolas. Para evaluar los demás trastornos psicológicos como el TOC, fobia social y trastorno de pánico, se implementaron instrumentos como el inventario de preocupación, inventario de Padua, inventario de depresión de Beck, inventario de ansiedad de Beck y escala de miedo a la evitación negativa.

Los instrumentos mencionados, fueron aplicados a una muestra de 503 adultos, 292 mujeres y 211 hombres, estos voluntarios oscilaron en edades comprendidas entre 18 y 88 años. Como resultado se encontró relaciones positivas y significativas entre las variables predictivas del TAG y los demás trastornos evaluados, encontrándose una correlación superior a 0.50 excepto en la fobia social que obtuvo una correlación de 0.46. En el análisis de regresión múltiple, se encuentra que la intolerancia a la incertidumbre aporta un 40% de predicción y la evitación cognitiva un 4%, Por otra parte, las creencias sobre la preocupación fueron excluidas por el modelo de regresión lineal múltiple.

El estudio concluye que las cuatro variables predictivas, en este caso intolerancia a la incertidumbre, evitación cognitiva, creencias sobre la preocupación y orientación pobre al problema se encuentra con mayor fuerza en el TAG que en los demás trastornos, así mismo es importante mencionar que en patologías como fobia social y depresión, se encuentran presentes pero con una intensidad diferente en relación a la presentada en el trastorno de ansiedad generalizada.

Siguiendo por esta línea, González, Peñate, Bethencourt, y Rovella (2004), realizan una investigación con el objetivo de evidenciar la posible relación entre las variables intolerancia a la incertidumbre, evitación cognitiva, orientación negativa al problema y creencias sobre la preocupación con trastornos como el TAG y depresión. Para realizar la medición se utilizó el cuestionario de preocupación y ansiedad *why and anxiety questionnaire?*, el inventario de depresión de Beck, la escala de intolerancia a la incertidumbre, el cuestionario *why worry?*, el inventario de supresión de pensamientos y por último el inventario de resolución de problemas, estos instrumentos fueron traducidos al español y se aplicaron a una muestra de 300 personas, de las cuales 154 fueron mujeres y 146 fueron hombres en edades comprendidas de 18 a 74 años.

Así, se encuentra que las variables del modelo desarrollado por Dugas muestran índices de correlación altos con el trastorno de ansiedad generalizada, además la intolerancia a la incertidumbre posee mayor peso predictivo sobre el desarrollo del TAG, de igual manera evidenciaron correlaciones altas en concordancia respecto a las variables del modelo explicativo del TAG con la depresión, sin embargo, en el modelo de regresión por pasos se menciona que solo la intolerancia a la incertidumbre y la orientación pobre al problema son variables predictoras para el trastorno depresivo, esta última aporta un porcentaje de 28% de predicción y la intolerancia a la incertidumbre tan solo un 3%.

Se extrae, la importancia de las cuatro variables en el desarrollo y mantenimiento del trastorno de ansiedad generalizada, así mismo se destaca el papel de la intolerancia a la incertidumbre como principal componente de la sintomatología del trastorno y de la misma manera, se encuentran relaciones significativas entre las variables del proceso y depresión, pero en caso contrario al TAG, la intolerancia a la incertidumbre tan solo aporta un 3% de la predicción total y en contraste la orientación pobre al problema aporta un 28%, siendo este un dato importante ya

que para próximas investigaciones se puede tener en cuenta esta variable en la aparición del trastorno depresivo. González, Peñate, Bethencourt, y Rovella (2004).

### **Depresión mayor**

De acuerdo con el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V (2014), las personas tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión en algún momento de la vida si se ven alterados los estados de ánimo. En la mayoría de los casos los trastornos sobre el estado del ánimo deben pasar por un episodio propio del estado de ánimo. Estos no pueden diagnosticarse como una entidad independiente ya que sirven solamente como apoyo para la presencia o ausencia dentro del diagnóstico de trastornos establecidos como lo es el trastorno depresivo mayor y distimia. Aliño y Miyar, (2008).

Aliño y Miyar (2008) brindan una explicación acerca de los episodios, en el cual el episodio depresivo mayor tiene una duración de al menos dos semanas, pero durante su curso se deben experimentar al menos cuatro de los siguientes síntomas: cambios en el apetito, cambios en el sueño, falta de energía, planes o intentos suicidas, dificultad para pensar, sentimientos de inutilidad, sentimientos de culpa, cambios psicomotores, anhedonia, etc. Estos síntomas deben mantenerse todo el día o la mayor parte del día. Además de presentar alteraciones en las relaciones sociales, familiares, laborales, e incluso pueden surgir problemas en las relaciones sexuales como anorgasmia en las mujeres y disfunción eréctil en los hombres.

Por su parte, el episodio maníaco se caracteriza por ser un estado de ánimo anormal y constantemente elevado e irritable, estos estados deben tener una duración de al menos una semana. La presente alteración debe ir acompañada de al menos tres de los siguientes síntomas: aumento de la autoestima, estados de grandiosidad, estados de ánimo elevados (eufórico,

anormalmente bueno, alegre o alto), disminución de la necesidad de dormir (puede pasar días sin dormir sin sentirse cansado), lenguaje verborreico (fuerte, rápido y difícil de interrumpir), fuga de ideas (pueden ser más rápidas que la misma verbalización), aumento de actividades placenteras con posibles consecuencias, agitación psicomotora etc. Aparecen también intensos arrebatos sobre las interacciones sociales, laborales e incluso sexuales, pero aun así el paciente se niega a estar enfermo.

Finalmente se encuentra el episodio hipomaniaco el cual presenta síntomas semejantes al episodio maníaco sin embargo, no es lo suficientemente grave para presentar deterioro en relaciones familiares, sociales o recurrir a la hospitalización ya que hay ausencia de síntomas psicóticos, aún así dentro, del proceso evaluativo se requiere información de sus familiares. El episodio hipomaniaco se caracteriza por tener una duración de al menos cuatro días, donde se presenta estado de ánimo anormal que está acompañado de al menos tres de los siguientes síntomas; aumento de la autoestima, grandiosidad, disminución del sueño, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de actividades, agitación psicomotora.

Ahora, siendo el trastorno depresivo mayor la segunda variable patológica a predecir en la investigación se define en el DSM V (2014) como un abatimiento del estado de ánimo normal, en los cuales experimentan sentimientos de infelicidad, tristeza, y pérdida de interés por las actividades que se desempeñan en la vida diaria. Para diagnosticar esta patología es necesario que se encuentre presente al menos 5 de los siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido, anhedonia, pérdida de peso y apetito, dificultades para conciliar el sueño, fatiga, enlentecimiento psicomotor, agitación, baja autoestima, dificultad para concentrarse, deseos de morir e ideación suicida. Esta sintomatología debe estar presente durante la mayor parte del día y por lo menos durante dos semanas, excepto los deseos de morir y la ideación suicida, para este caso solo es

necesario que se presente una sola vez. Adicional a esta sintomatología se puede presentar síntomas adicionales como crisis de llanto, fobias, obsesiones y compulsiones, estados de indefensión, suelen aumentar o disminuir la ingesta de alcohol, en pocas ocasiones suele presentarse desconexión de la realidad e ideas delirantes.

Por otra parte, la disfunción que genera el trastorno es tan fuerte que causa problemas en el área laboral, académica, social y puede llegar a afectar la vida sexual del paciente. Existen tres situaciones en las que no es adecuado tener en cuenta un síntoma para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor, la primera, si la presencia del síntoma se explica por alguna afección médica, la segunda, si es antecedido por ideas delirantes o alucinaciones y por último si los sentimientos de culpa se encuentran dentro de los límites normales ante una situación particular. Es importante señalar que la única causa por la que no es posible diagnosticar el trastorno depresivo mayor es si la sintomatología es generada por alguna enfermedad médica o el uso de sustancias con relevancia clínica. Aliño y Miyar (2008).

La mortalidad en el trastorno depresivo mayor es alta, Aliño y Miyar (2008) refieren que el 15% de los pacientes que lo presentan llegan al suicidio. De igual forma dentro de los datos epidemiológicos la tasa de muerte en los sujetos con trastorno depresivo mayor que cumplen más de 55 años aumenta hasta el punto de cuadruplicarse. Generalmente los pacientes que acuden a medicina general y presentan trastorno depresivo mayor desarrollan mayor dolor y así mismo enfermedades físicas.

Respecto a la prevalencia se observa que, a lo largo de la vida en la población general, el trastorno depresivo mayor se manifiesta con un porcentaje de 10% y 25% en mujeres y un porcentaje de 5% y 12% en hombres; lo cual quiere decir que las mujeres tienen mayor riesgo de padecer el TDM. El curso del trastorno depresivo mayor muestra que este puede aparecer en

cualquier momento de la vida, sin embargo, la edad en la cual se manifiesta con mayor frecuencia es en la mitad de la tercera década. Aliño y Miyar (2008).

Para presentar el trastorno depresivo mayor debe ser antecedido por episodios depresivos mayores, estos últimos se manifiestan debido a estresores psicológicos graves, que conllevan a la precipitación del trastorno depresivo mayor como tal. Aliño y Miyar. (2008) afirman que dentro del patrón familiar el trastorno depresivo mayor es más frecuente en familiares de primer grado y teniendo en cuenta el diagnóstico diferencial es necesario mostrar que en muchos casos existe una confusión entre el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor; ambos se diferencian de acuerdo a la gravedad, la cronicidad y la persistencia, por ejemplo, el trastorno depresivo mayor debe estar presente en la mayor parte del día durante un transcurso de al menos dos semanas donde se incluyen episodios depresivos mayores, así mismo los autores indican que el trastorno distímico se caracteriza por diferentes síntomas depresivos que son menos graves y menos crónicos como se ha mencionado ya. Cuando los síntomas depresivos son crónicos y con índices de mayor gravedad el diagnóstico debe ser estado depresivo mayor.

Ahora bien, al hacer referencia a los modelos teóricos de la depresión, estos se hallan bajo dos teorías: la conductual y la cognitiva. En referencia a la conductual, la disminución del refuerzo positivo, propuesta principalmente por Lewinsohn en 1975, 1979, 1986 (referido en Vásquez, Muñoz y Becoña, 2002) expone que la depresión es el producto de una disminución de contingencia del refuerzo positivo, cabe decir que estos refuerzos, en efecto se dan bajo tres circunstancias: el número de acontecimientos que son posiblemente reforzadores; si estos reforzadores pueden surgir y la posible existencia de habilidades sociales para evocar el refuerzo.

Posteriormente Lewinsohn, (referido en Vásquez, Muñoz y Becoña, 2002) da cuenta que los conceptos que se utilizaban sobre la depresión eran restringidos y por ende reformula su teoría.

La depresión pasa a ser un estado que depende fundamentalmente de dos factores: los ambientales y los disposicionales. La teoría se desarrolla en base a que la obtención de castigos se da por el malestar que supone la realización de conductas, lo cual implica que no hay refuerzo positivo inmediato, es aquí donde se observa que el individuo entra en un estado de autocrítica y perspectiva negativa, es decir, al ser poco reforzado en el reconocimiento, en lo social, emocional o material, entra en una categoría de baja frecuencia del reforzador y entra en un estado depresivo.

Vásquez, Muñoz y Becoña (2002) nombran la teoría de Entrenamiento en autocontrol, postulada por Rehm en 1977, el modelo incluye procesos cognitivos y conductuales vinculados a la depresión, dentro de su enunciado principal plantea que la depresión es el resultado de un déficit en el enlace de recompensa y castigo, en el cual los individuos tienden a poseer características perfeccionistas, se proponen metas difíciles provocando mayor atención sobre acontecimientos negativos. Por ende, se evidencia que no centra únicamente en aspectos ambientales, sino que se observa la involucración de sesgos cognitivos disfuncionales y de baja estrategia en autocontrol.

Por otra parte, los mismos autores, mencionan a Nezu como autor de la relación de contingencias y solución de problemas. Se propone que la depresión es el producto de la ineficiencia que tiene el individuo para solucionar un problema. Se percibe que la depresión puede ser el efecto de la baja concordancia entre los siguientes cinco componentes: orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de formulaciones alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica la solución y verificación.

Respecto a la teoría cognitiva de Beck, se conoce como una de las más utilizadas en cuanto a la explicación sobre depresión, Beck en 1979 argumenta, que la depresión se genera tras una

interpretación errónea de experiencias y por ende se involucra sobre los siguientes procesos; la cognición (contenido, proceso y estructura), los esquemas (procesamiento de la información del ambiente) y los contenidos cognitivos (significado del individuo en cuanto a pensamiento e imagen). De igual forma, participan cuatro componentes relevantes para la comprensión de la depresión: la triada cognitiva (pensamientos negativos acerca de sí mismo, el mundo y el futuro), los pensamientos automáticos (tienden a ser negativos, los individuos generalmente no se dan cuenta de la interpretación que realizan frente a las situaciones vividas), los errores en la percepción (tiene errores en cuanto a la interpretación que recibe del ambiente) y la disfunción de los esquemas (basado en el modelo de diátesis-estrés).

Cómo respaldo empírico Valencia (2010) buscaba describir la prevalencia del trastorno depresivo mayor y factores asociados en estudiantes de la ciudad de Pereira, en total tomaron una muestra de 150 estudiantes de primer a noveno semestre siendo una muestra probabilística, a los mismos se les aplica la Escala Autoaplicada de Depresión (EAZ), la cual se considera como una de las pruebas más implementadas dentro del contexto universitario. Sobre los resultados la calificación se da por medio de la escala likert donde se encuentra que el 2,2% de la muestra presenta depresión severa, el 14,2% no refleja síntomas depresivos y el restante de la muestra se encuentra entre depresión leve y moderada, lo cual indica que la mayor parte de la muestra representa grados depresivos.

### **Factores de vulnerabilidad**

En relación con el trastorno de ansiedad generalizada, existen una serie de factores de vulnerabilidad que aumentan el riesgo de desarrollar este tipo de patología, Hettema, Prescott, Myers, Neale, Kendler (2005) refieren que el género femenino tiene mayor probabilidad de padecer TAG, generando en el individuo respuestas de preocupación sobre el futuro en relación a

su calidad de vida y la enfermedad, lo que posibilita cuadros de preocupación e incertidumbre prolongados y constantes.

Así mismo, los factores de vulnerabilidad relacionados con la depresión mayor se encuentran en diferentes áreas, para iniciar en el área familiar, es importante conocer la historia de psicopatología de la madre, ya que esta influye directamente en el desarrollo de la depresión, así mismo, el alcoholismo y los conflictos entre padres son considerados variables a tener en cuenta ya que estos posibilitan el desarrollo de TDM en adolescentes y jóvenes. En el área social hay otros aspectos importantes a tener en cuenta, como lo es la exposición del sujeto a contextos donde se le haga algún tipo de exclusión o esté siendo víctima de bullying. Para finalizar, otro de los factores de vulnerabilidad a tener en cuenta es si el individuo posee algún desbalance bioquímico, ya que la disminución de algunos neurotransmisores como la serotonina, posibilitan la aparición de la depresión.

El factor denominado supresión de pensamientos, Fernández, Ramos y Extremera (2001) lo definen como una tendencia a eliminar determinados procesos e ideas y se manifiesta de forma estable y repetida en algunos individuos. Este factor es visto como una forma de respuesta ante algunas situaciones de estrés, pero también posibilita el desarrollo de episodios depresivos ya que convierte los eventos negativos y las manifestaciones depresivas en material para hacer juicios sobre la vida propia. Una característica de este factor es el estilo rumiativo, según Vásquez, Hervas, Hernangómez y Romero (2009), manifiestan que las personas que obtienen puntuaciones altas en el estado rumiativo tienen mayor probabilidad de manifestar depresión en un tiempo aproximado de 18 meses. En relación con la prevalencia de la supresión del pensamiento se encuentra que las mujeres tienden a interiorizar de mayor forma el pensamiento

excesivo, visto de esta forma también tienen mayor riesgo de desencadenar depresión mayor en relación con los hombres.

Otro componente del modelo de Dugas, que juega un papel importante en el posible desarrollo de la depresión es la orientación pobre al problema, para Rodríguez y Brenlla (2015), se define como un conjunto de reacciones desadaptativas, las cuales tienen incidencia en la habilidad de la resolución de problemas, se identifica por una serie de cogniciones disfuncionales que se presentan en áreas específicas, problemas sociales.

Considerando los dos trastornos expuestos, *ansiedad generalizada y trastorno depresivo mayor* se han desarrollado estudios que los relacionan, como el de Noyes 2001, referido en Nutt, Argyropoulos, Hood, y Potokar (2006), quienes mencionan que las estadísticas de comorbilidad entre estos dos trastornos a nivel global oscilan entre un 45 a un 98%. En relación con la prevalencia de ambos trastornos se encuentra que en diferentes estudios de salud mental realizados en el mundo exponen una prevalencia significativa, para explicar este planteamiento Nutt, Argyropoulos, Hood, y Potokar (2006), realizan un estudio con el objetivo de mostrar la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor y la comorbilidad que existe entre ellos y así mismo menciona los efectos del tratamiento con farmacología y psicoterapia.

En un Estudio Nacional de Comorbilidad realizado en Estados Unidos, muestra que el 90% de la población que ha padecido TAG a lo largo de su vida ha tenido por lo menos un trastorno comórbido, de igual manera los sujetos que padecen TAG en la actualidad (prevalencia de la enfermedad durante los últimos seis meses), presentan comorbilidad con el trastorno depresivo mayor en un 27%, seguido de la agorafobia, fobia social, trastorno de pánico, distimia, manía, abuso de alcohol y drogas. De la misma manera, en la Encuesta Nacional de Salud y Suplemento

de Salud Mental realizada en Alemania se encontró que el 59% de la población diagnosticada con el trastorno de ansiedad generalizada muestra comorbilidad con el trastorno depresivo mayor. Nutt, Argyropoulos, Hood, y Potokar (2006),

De este modo, Aragonés, Piñol y Labad (2009), elaboran una investigación que tiene como objetivo determinar la prevalencia de comorbilidad en pacientes que padecen trastorno depresivo mayor, para lo anterior se utilizó una muestra inicial de 906 sujetos, a los cuales en la primera fase les fue administrada la prueba: Zung's Self-Rating Depression Scale. Se calificó el instrumento y se seleccionó a los participantes con puntuaciones significativas para que continuaran en la segunda fase, donde se utilizó una muestra de 306 sujetos, a los cuales se les aplicó los siguientes instrumentos psicológicos: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), dentro de esta prueba se encuentra incluida la escala de evaluación de la actividad global (EEAG), que mide la repercusión de la enfermedad en el área psicológica, social y laboral.

Como resultado se encontró que el 26.2% de la muestra no presenta comorbilidad con los demás trastornos mentales, el 45.7% de la muestra posee un trastorno mental comórbido, el 19.9%, dos trastornos comórbidos y el 8,3 %, tres trastornos comórbidos. El trastorno comórbido más frecuente es el de ansiedad generalizada, que se encuentra presente en la mitad de los participantes con un 55.2%, el segundo fue el trastorno de pánico con un 33.8%, el tercero fue la distimia con un 15.7% y por último el trastorno de somatización con un 6.6%. Para concluir, en este estudio se puede evidenciar que la tasa de comorbilidad entre el TAG y TDM muestra unos índices superiores a la mitad de la muestra empleada, así mismo se evidencia la comorbilidad entre los demás trastornos de ansiedad y el depresivo mayor, y se evidencia que la población

joven tiende a presentar un trastorno comórbido cuando estos aparecen en esta etapa del ciclo vital y se presenta con mayor frecuencia en el género femenino. Aragonés, Piñol y Labad (2009).

### **Modelo transdiagnóstico**

El modelo transdiagnóstico ha surgido como enfoque científico actual, brindando un nuevo avance a la psicología clínica, el término transdiagnóstico fue inicialmente usado por Fairburn, Cooper y Shafran (referido en Sandín, Chorot & Valiente, 2012). El modelo es definido por Sandín (2012) como una forma de intervención de uno o más trastornos que cuentan con características semejantes entre sí, implementarlo brinda herramientas que permiten abordar de manera conjunta trastornos como TAG y TDM, permitiendo trabajar la sintomatología desde una sola dirección.

Dentro de las estadísticas llevadas por Clark, Watson y Reynolds (referido en Sandín, Chorot, & Valiente, 2012) se observa que el 58% de los pacientes son diagnosticados con depresión mayor y el 96% de los pacientes presentan trastorno obsesivo compulsivo, estos pacientes a su vez presentan al menos otro trastorno principal. Por ejemplo, el trastorno de ansiedad se encuentra relacionado con el trastorno depresivo mayor y la distimia. Es así como Mineka, Watson y Clark (referido en Sandín, Chorot, & Valiente, 2012) reseñan como más del 50% de los pacientes que se han diagnosticado con depresión presentan a su vez algún tipo de trastorno de ansiedad generalizada y así inversamente. Dentro de los síntomas presentados por el DSM-IV TR sobre el episodio depresivo mayor se observa la asociación de síntomas similares con el diagnóstico de ansiedad generalizada.

La comorbilidad de diferentes trastornos ha conllevado a la búsqueda extensa de diferentes alternativas sobre la clasificación de los trastornos mentales. Tal y como se ha mencionado se basa directamente con la aproximación científica que debe ser de orden convergente e integrador

a la vez, ya que su enfoque dimensional asume la existencia de sistemas diagnósticos. Sandín, Chorot, & Valiente,. (2012).

Fuster, (2012) propone que la intolerancia a la incertidumbre hace referencia a la relación de tres estados: cognitivo, emocional y comportamental; estos manifestados en el individuo de manera negativa inhiben la capacidad de afrontamiento adaptativo. La intolerancia a la incertidumbre (IU) se conoce inicialmente con un constructo que refiere a una preocupación patológica, relacionada al TAG. Dugas, Letarte, Rhéaume, Freeston & Ladouceur, (1995). Más recientemente, McEvoy y Mahoney, (referidos en Fuster, 2012) dan a conocer como la IU hace parte de las dimensiones del transdiagnóstico y es mantenedor del trastorno de ansiedad y trastorno depresivo. Dentro de la ansiedad surgen trastornos asociados como el TAG, TOC, agorafobia, pánico y nuevamente la depresión; los cuales se involucran ampliamente con la sensibilidad a la ansiedad.

Craske, (2012) en su artículo *Transdiagnostic treatment for anxiety and depression* sostiene el interés por el desarrollo del enfoque cognitivo conductual y el desarrollo de terapias sobre el comportamiento que representa un amplio significativo sobre la eficacia y eficiencia del mismo; los diagnósticos específicos permiten promover tratamientos sobre los diferentes trastornos de ansiedad. El enfoque transdiagnóstico contribuye también en la acumulación de evidencia basada en habilidades cognitivas, desregulación emocional y comportamental; el transdiagnóstico además deja entrever la comorbilidad de ansiedad y depresión para llevar a cabo puntos comunes entre ambos y así desarrollar una gama de orientación amplia.

### **Factores de riesgo desde una perspectiva transdiagnóstica**

Se encuentran diversos factores que se relacionan directamente con el modelo transdiagnóstico, de las cuales según la revisión se destacan tres, estos se seleccionan en la

presente investigación como variables predictoras: intolerancia a la incertidumbre, regulación emocional y perfeccionismo, estos pueden incidir en el desarrollo de patologías como TAG y TDM.

En primer lugar, la intolerancia a la incertidumbre es una variable transdiagnóstica que muestra relevancia en las patologías de ansiedad y depresión, Así mismo en la literatura inicialmente realiza una comparación entre la intolerancia a la ambigüedad y la intolerancia a la incertidumbre, sin embargo, revisiones recientes las identifican como variables separadas, aunque su respuesta sea similar. La intolerancia a la ambigüedad se manifiesta en los sucesos actuales del sujeto y la intolerancia a la incertidumbre se desarrolla en los acontecimientos futuros. Visto de esta manera, la intolerancia a la incertidumbre se comprende, de acuerdo a Gentes y Ruscio (2011), como un conjunto de creencias negativas a futuro, generando canales de respuesta, emocional, cognitiva y conductual.

Gentes y Ruscio (2011), seleccionan una serie de artículos donde se establecen criterios de inclusión, los cuales deben evaluar intolerancia a la incertidumbre o intolerancia a la ambigüedad, a su vez tienen en cuenta temáticas relacionadas con el trastorno de ansiedad generalizada, la depresión mayor y trastorno obsesivo compulsivo. Por último dentro de la metodología de los estudios es necesario contar con información de correlaciones entre los datos arrojados por cada variable. De los 988 estudios abordados, se eliminaron 930 debido a que su evidencia empírica era insuficiente y la forma en que abordaban la variable intolerancia a la incertidumbre no era clara. Luego de pasar estos filtros, los artículos seleccionados para el meta análisis fueron 58. En los resultados se encontró que la variable de intolerancia a la incertidumbre mantiene mayor relación con los trastornos de ansiedad, pero de igual forma se relaciona con componentes de trastornos como el depresivo mayor, como lo es la rumiación que

se caracteriza por ser un proceso de pensamiento recurrente ante un tipo de situación o situaciones de la vida cotidiana, que generan un tipo de angustia ante estas y sus posibles causas sobre los pensamientos intrusivos. Gentes y Ruscio (2011)

Por la misma línea Moreno (2009), realiza una investigación en la cual el objetivo es demostrar la relación entre ansiedad y depresión en relación con intolerancia a la incertidumbre, para esto utiliza el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Ansiedad de Hamilton, la Escala de Intolerancia a la incertidumbre y la Encuesta de Graffar, en una muestra de 131 estudiantes venezolanos. Los resultados se evidencian que el estado depresivo leve se encuentra presente en un 28%, 10% moderado y un 3,8% severo. En relación con la intolerancia a la incertidumbre el 98,5% de la muestra cuenta con la presencia de la variable de forma moderada y en 1,5% de forma grave. El mismo autor propone que las variables de ansiedad y depresión se presentan con mayor fuerza en población femenina, así mismo los resultados en humor depresivo son leves, lo que indica que no existe un nivel de afectación grande que pueda causar problemas en la calidad de vida y en las áreas de ajuste del sujeto, por último se evidencia que la variable intolerancia a la incertidumbre se encuentra presente en toda la muestra, lo cual indica que en los estudiantes tiende a haber niveles altos, siendo este un factor precipitante para la aparición del TAG y TDM.

Como segunda variable la regulación emocional es definida por Vargas y Muñoz (2013), como un proceso por el cual las personas implementan estrategias para dar una respuesta coherente al contexto, adicionalmente tiene la habilidad de modular la respuesta fisiológica. Hervas (2011), refiere que las emociones en un inicio tenían un papel des adaptativo y perturbador, en las nuevas teorías, su rol ha cambiado, se ha destacado el papel adaptativo de las mismas, influyendo positivamente en la toma de decisiones, agilidad en la respuesta motora, e

influyen en las respuestas sociales. Por otra parte, Aldao (2012), refiere que la regulación emocional está compuesta por 6 factores, tres adaptativos y tres maladaptativos. Dentro de los componentes adaptativos la aceptación, que es definida como la capacidad de permanecer en contacto con los sentimientos, pensamientos y sensaciones físicas, sin tratar de manipularlos de cualquier manera. En segundo lugar, se encuentra la reevaluación cognitiva, que hace referencia a la desviación del pensamiento ante una situación con el fin de cambiar su impacto emocional, y por último la resolución de problemas, que consiste en realizar eventos conscientes para cambiar una situación o contener sus consecuencias.

Los componentes desadaptativos de la regulación emocional están integrados por la supresión, que hace referencia a los intentos realizados con el fin de dejar a un lado los pensamientos, comportamientos y sentimientos a partir de un proceso consciente. Cabe anotar que se han generado un número importante de conceptualizaciones acerca de este punto, así mismo dentro de la investigación se ha encontrado que sus efectos pueden ser tanto positivos como negativos en algunos casos. Los modelos de regulación emocional, mencionan la importancia de considerar el papel de las emociones como una respuesta adaptativa que presenta variaciones de acuerdo a los individuos, ya que cada persona cuenta con diferentes reacciones emocionales.

Rodríguez, Aune y Verete (2012), realizan una investigación que tiene como objetivo comparar el uso de estrategias de regulación emocional para afrontar emociones displacenteras, en un grupo de 62 sujetos con trastornos de ansiedad y 61 pertenecientes al grupo control. Como instrumentos se utilizaron el cuestionario sociodemográfico, mini entrevista neuropsicológica internacional MINI, inventario de depresión de Beck II, cuestionario de ansiedad estado-rasgo, y el inventario de respuestas de afrontamiento para adultos.

En los resultados se evidencia que hay diferencias en las estrategias de tipo evitativo, las cuales son aceptación, resignación, búsqueda de gratificaciones evitativas, y descarga emocional, en las cuales el grupo de ansiedad obtuvo puntuaciones más altas. De igual manera se encontró que las estrategias de regulación en el grupo ansioso, se correlaciona mejor con las variables del BDI y la ansiedad rasgo - estado, en relación con el grupo control se encontró correlaciones positivas en las estrategias denominadas evitación cognitiva y resignación - aceptación, aunque su correlación es moderada, muestra una significancia en la severidad de la sintomatología.

Para finalizar, este estudio llegó a las siguientes conclusiones, menciona que, aunque en el grupo de participantes con ansiedad se evidencio relaciones positivas entre las estrategias de regulación emocional, variables de ansiedad y depresión, no se pueden tomar como significativas, debido a la poca amplitud de la muestra, pero sí predicen la aparición de estas. También se menciona que ninguna de las estrategias alcanzó el umbral para evidenciar una severidad de la sintomatología, a su vez los autores sugieren investigar a fondo sobre la variable de evitación cognitiva, ya que esta puede guardar relación con el desarrollo de patologías como ansiedad y depresión.

Por otra parte, Extremera y Rey (2014), realizan un estudio el cual tuvo como objetivo estudiar el papel predictivo de la regulación emocional en patologías como la ansiedad generalizada y la depresión mayor, para ello se aplicó el inventario de depresión de beck II, escala breve de detección del estrés y la mayer salovey emotional intelligence, a una muestra de 665 sujetos, en una edad promedio de 24 años.

Como resultado se encontró un coeficiente de correlación de pearson de 0.37 entre regulación emocional y depresión y de 0,36 entre regulación emocional y ansiedad, lo que denota una relación de mediana magnitud entre las variables, en el modelo predictivo y teniendo como

variable dependiente la depresión se encuentra que la depresión tiene un carácter predictivo de 37% en mujeres, de los cuales la regulación emocional aporta un 4% y el restante lo asume la variable de estrés, en los hombres la depresión se manifiesta como un carácter predictivo de 42%, donde el estrés aporta un 37% y la regulación un 5%. Al tomar como variable predictiva la ansiedad, se evidencia que tiene un carácter predictivo del 29% en mujeres, donde el 7% es aportado por el estrés y el 22% restante por la regulación emocional. en el caso de los hombres se evidencia que la ansiedad tiene un carácter predictivo de 31%, donde el estrés mantiene un porcentaje de 26% y la regulación emocional un 5%.

Como conclusión del estudio se encuentra que los hombres mantienen una baja capacidad de regulación emocional, a comparación de los resultados obtenidos por la muestra de mujeres, en las cuales se puede destacar que cuentan con mejores estrategias psicosociales y de afrontamiento posiblemente desarrollado por el estado emocional con sentido, estrategias de afrontamiento de género y la susceptibilidad al contexto interpersonal que las rodea.

Por su parte, Bortoletto y Boruchovitch (2013) realizaron un estudio con el objetivo de investigar las relaciones existentes entre las estrategias de aprendizaje y regulación emocional en 298 alumnos de pedagogía de una universidad pública y privada de Brasil. Como instrumentos de evaluación se utilizó la Escala de Estrategias de Aprendizaje para Estudiantes Universitarios y la Escala de Estrategias de Regulación Emocional para Adultos. Como resultados se obtuvo que los estudiantes que poseen mayores estrategias de aprendizaje, tienden a regular mejor sus emociones, de igual forma los participantes que son mayores de 30 años, poseen mayor habilidad para el control de las emociones. Como conclusiones se extrae que aquellos estudiantes que poseen adecuadas estrategias de regulación emocional tienen un mayor desempeño académico,

de igual manera se relaciona la capacidad de controlar las emociones con procesos adaptativos y de gran impacto sobre el procesamiento y aprendizaje de la información.

Por último se hace referencia al factor perfeccionismo, que según González, Ibáñez, Rovella, López y Padilla (2013) se concibe como la tendencia a plantear metas altas que a su vez pueden ser inalcanzables, así mismo adherirse rígidamente a ellas y valorarse en función de logros obtenidos de acuerdo a estas, es importante mencionar que se han conceptualizado dos clases de perfeccionismo: el primero, perfeccionismo normal; hace alusión al establecimiento de metas altas, pero que mantiene una actitud razonable frente a los errores que se puedan cometer. El segundo, perfeccionismo neurótico, que se caracteriza por el establecimiento de metas elevadas, pero a diferencia del primero, este no contempla la posibilidad de fracaso.

Se tiene como base el modelo de proceso dual del perfeccionismo, el cual se clasifica en perfeccionismo funcional y disfuncional. El funcional, hace referencia a las cogniciones y conductas encaminadas a la realización de metas elevadas con el fin de obtener consecuencias positivas. Caso contrario acontece con el perfeccionismo disfuncional, debido a que en éste, las cogniciones y conductas se encuentran encaminadas a la realización de metas elevadas, para poder escapar o evitar consecuencias negativas.

Egan, Wade y Shafran (2012) realizan un estudio, con el objetivo de evidenciar el papel del perfeccionismo en relación con patologías como ansiedad y depresión, dicho estudio se aplicó en una muestra de 36 sujetos, a los cuales se les administró la escala multidimensional de perfeccionismo de Frost, el inventario de depresión de Beck, y el inventario de ansiedad de Beck. Como resultado se encontró que el perfeccionismo orientado a sí mismo es mayor en personas que poseen episodios depresivos, así mismo se encontró que el perfeccionismo disfuncional tiene

la probabilidad de aumentar la sintomatología depresiva en un tiempo aproximado de 3 a 4 años, dicha conclusión se llevó a cabo luego del seguimiento que se realizó a la muestra.

Lo anterior evidencia que los tres factores mantienen una relación positiva con las variables predictivas, resaltando a la intolerancia a la incertidumbre como una de las que contiene mayor poder predictivo.

### **Metodología.**

La propuesta y desarrollo metodológico se ubica en una perspectiva cuantitativa de corte correlacional en la que se observa un fenómeno en su contexto natural, sin la manipulación de variable alguna. Sampieri, Fernández y Baptista (2010). Los datos se miden por medio de pruebas psicológicas en las cuales se evidenciara las variables de perfeccionismo, regulación emocional e intolerancia a la incertidumbre, para luego analizar y revisar cuales pueden guardar mayor relación con ansiedad generalizada y depresión mayor.

### **Diseño de la investigación**

Se propone una investigación basada en un estudio predictivo - correlacional, que permite un proceso de medición en la relación entre una o más variables en un contexto determinado y contribuye a la comprensión de las formas en que se relacionan. El estudio correlacional es un método cuantitativo que permite la predicción del comportamiento de una o más variables sobre otras, con el propósito de medir el grado de magnitud en la asociación de las mismas.

Referente a la presente investigación se pretende observar si las variables regulación emocional, perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre se encuentran presentes en patologías como la ansiedad generalizada y depresión mayor, y a su vez observar cuál de estos factores muestra mayor relación con el TAG y el TDM.

### **Participantes.**

Participaron doscientos treinta y cuatro (234) estudiantes pertenecientes a las siete facultades de la Fundación Universitaria Los Libertadores, que se encontraban cursando entre sexto y décimo semestre. La muestra fue seleccionada de acuerdo a la posibilidad, proximidad y accesibilidad de los sujetos determinados por la coordinación académica de las diferentes facultades.

## **Variables**

En la presente investigación se tiene como variables criterio la ansiedad generalizada y depresión mayor; la primera, es definida por Tortella (2014), cómo una preocupación excesiva durante la mayor parte del día ante diferentes eventos de la vida cotidiana; la segunda, hace referencia a la depresión mayor que se define como un trastorno del estado de ánimo y se caracteriza por sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración que intervienen en la vida diaria durante un periodo prolongado de tiempo.

Mientras que las variables predictoras de esta investigación son: el perfeccionismo, definido por González, Ibáñez, Rovella, López y Padilla (2013) como la tendencia a plantearse metas altas que a su vez pueden ser inalcanzables, así mismo adherirse rígidamente a ellas y valorarse en función de logros obtenidos de acuerdo a estas; la segunda variable se denomina regulación emocional, definida por Vargas y Muñoz (2013), como un proceso por el cual las personas implementan estrategias para dar una respuesta coherente al contexto, adicionalmente tiene la capacidad de modular la respuesta fisiológica, uno de los canales de respuesta de la emoción; la última variable es la intolerancia a la incertidumbre que según Dugas y Robichaud, 2007 (referido en González, Ibáñez, Rovella, López, y Padilla 2013), hace referencia a la característica disposicional que es el resultado de un sistema de creencias negativas sobre la incertidumbre y lo que esta implica.

## **Instrumentos**

### ***Inventario de depresión de Beck II (BDI- II).***

Desarrollado por Aaron Beck, Robert Steer, y Gregory Brown, es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems en escala likert de cuatro puntos, fue validada al español por Jesús Sanz y Carmelo Vázquez en el año 2011, utilizado para detectar y evaluar la gravedad de los síntomas asociados a depresión, puede ser empleada en muestras clínicas y no clínicas en pacientes de 13 años de edad en adelante, su puntuación se presenta de forma directa en un rango de 0 a 63, donde a partir de 13 indica síntomas de depresión leves. Su tiempo de aplicación oscila entre 5 a 10 minutos. Posee una consistencia interna (alfa de cronbach 0,76-0,95) y mantiene una fiabilidad de 0,55 y 0,73.

### ***Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7).***

Instrumento desarrollado por Pitzer, Kroenke, Williams en el año 2006, fue creado para la detección de síntomas relacionados con la ansiedad generalizada, es un instrumento autoaplicable compuesto por siete ítems en una escala likert de cuatro puntos, su puntuación se presenta de forma directa en un rango de 0 a 21, donde a partir de 3 se evidencia presencia leve de ansiedad, su aplicación oscila entre los 3 a 6 minutos. Se utiliza generalmente en población no clínica y en pacientes en atención primaria, este instrumento no puede ser utilizado en población clínica ya que no cuenta con las propiedades para poder establecer diagnósticos. Cuenta con un alfa de cronbach 0.79-0.91 y muestra una sensibilidad de 89% y especificidad de 82% para la evaluación del trastorno de ansiedad generalizada.

### ***Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (IU).***

Es un instrumento realizado por Dugas y colaboradores, adaptación española realizada por Manuel González, Rosario Cubas, Anna Rovella y MaximiniaDarias en el año 2006, creado con

el fin de evidenciar el nivel de intolerancia a la incertidumbre que puede padecer un individuo, es una escala autoaplicable de 27 ítems en escala likert de cinco puntos, los cuales miden reacciones emocionales y conductuales ante situaciones que presentan ambigüedad, implicaciones de inseguridad e intentos de controlar el futuro. Su calificación se hace de forma directa y el punto de corte establecido para esta prueba es de 69. El tiempo de aplicación oscila entre 5 a 10 minutos. Contiene una consistencia interna de 0.93.

***Escala de regulación emocional (DERS).***

Instrumento creado por Gratz y Roemer en el 2004, cuenta con su adaptación colombiana realizada por Muñoz, Vargas y Hoyos (2016), creado con la finalidad de evaluar las estrategias de regulación emocional, está compuesta por 15 ítems en escala likert de cinco puntos. Su calificación se hace de forma directa y su puntuación puede oscilar entre 15 y 75, hasta la fecha no se han establecido puntos de corte debido a que su adaptación está reciente y requiere de implementación en investigaciones para poder generarlos. Posee una consistencia interna de 0.71-0.88.

***Escala multidimensional de Perfeccionismo de Frost (FMPS).***

Instrumento creado por Frost y cols, el cual cuenta con su adaptación al español realizada por Carrasco, Belloch y Perpiña (2009), es un autoinforme diseñado con el fin de evaluar desde varias dimensiones la conducta perfeccionista, consta de 35 ítems en escala likert de cinco puntos, su punto de corte se encuentra en 105, su puntuación puede oscilar entre 35 y 135. Su estructura está compuesta por seis factores los cuales son: preocupación por los errores, organización, indecisión de acción, estándares personales y expectativas de los padres y críticas paternas. Mantiene una consistencia interna entre valores de  $\alpha$  entre 0,70 y 0,95.

**Procedimiento.**

La presente investigación se desarrolló en tres fases, así:

***Fase I.***

Se tramitaron los permisos correspondientes para la aplicación de los instrumentos psicológicos antes los directores del programa y decanos de las siete facultades de la Fundación Universitaria Los Libertadores. Posteriormente se realizó la selección de los participantes por facultad, se realizaron reuniones con los directores del programa para ultimar detalles de disposición de horarios y asignación de los mismos para realizar la aplicación.

***Fase II.***

Durante la primer y segunda semana de Octubre del año 2016 se realizó la aplicación de los instrumentos en las jornadas diurna y nocturna.

***Fase III.***

Luego de la aplicación se procedió con la calificación de los instrumentos y posteriormente la creación de la base de datos, los cuales fueron ingresados al IBM SPSS versión 22, para obtener los análisis estadísticos. Se desarrolló un análisis descriptivo, correlacional y predictivo. En el primero se analizaron variables sociodemográficas pertenecientes a la muestra, con la finalidad de destacar características de los participantes. Posteriormente se realizó un análisis correlacional a partir del coeficiente de Pearson para establecer la relación entre los trastornos y las variables de riesgo. Finalmente se estableció el análisis predictivo con el fin de observar si las variables de estudio: intolerancia a la incertidumbre, perfeccionismo y regulación emocional, se consideran predictivas para ambos trastornos (propuesto por el modelo transdiagnóstico) los cuales serán analizados por medio de una regresión lineal por pasos. Posteriormente se realizó discusión, conclusión y limitaciones del estudio.

***Consideraciones Éticas.***

La presente investigación se desarrolla a partir del establecimiento de la ley 1090 de 2006, referida a la ley del psicólogo, en el artículo 49 se menciona que los profesionales que se dediquen a la investigación deben garantizar la metodología y los materiales utilizados para la misma, del análisis de sus conclusiones y sus resultados, así como promover su divulgación y pautas correctas de utilización.

En el artículo 50 refiere que las investigaciones se deben basar en el principio de respeto y dignidad, con el fin de salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes. Por consiguiente, se emplea un modelo de consentimiento informado en el cual se expone el objetivo de la investigación así como los materiales utilizados, en este el sujeto da su autorización libre y voluntaria en la participación de dicha investigación, así mismo queda notificado que sus datos de identificación se manejan con absoluta reserva y no se le identificara en los diferentes ejercicios que se puedan derivar producto de la investigación

## Resultados.

De acuerdo con los tipos de análisis: descriptivo, correlacional y predictivo objetivos de esta investigación se encuentra lo siguiente:

### Análisis descriptivo

Los rangos de edad están distribuidos a partir de cuatro conjuntos, el primero cuenta con el mayor porcentaje de 55,1% comprendido entre las edades de 18 a 22 años, seguido por el que corresponde a un porcentaje de 30,4% en las edades de los 23 a los 27 años, el tercer conjunto proporciona 11,6% en las edades entre 28 a 33 años y la última muestra un porcentaje de 2,9% frente a las edades de los 34 a 44 años el cual es el de menor proporción sobre la muestra.

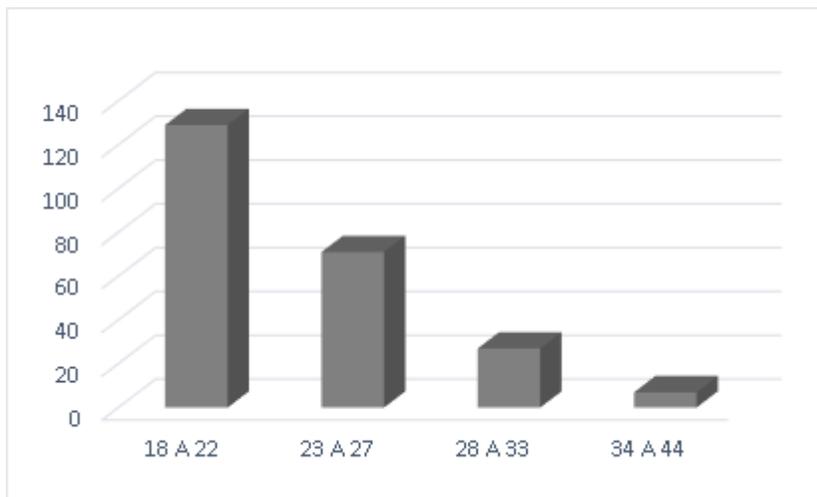


Figura 1. *Distribución por edad.*

La facultad de psicología cuenta con el mayor número de sujetos, en términos porcentuales el 28.2% del total de la muestra, por el contrario la facultad de derecho evidencia el menor número de sujetos respecto a la muestra con un 3.8% del total de la muestra.

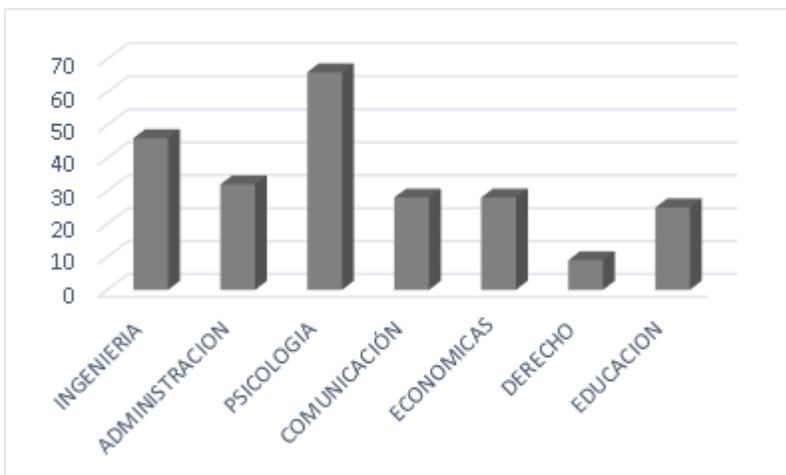


Figura 2. *Distribución por Facultad.*

Los estudiantes que participaron en mayor proporción dentro de la investigación pertenecen a la jornada nocturna con un porcentaje de 67.9% del total de la muestra y el restante 32.1% a la jornada diurna.

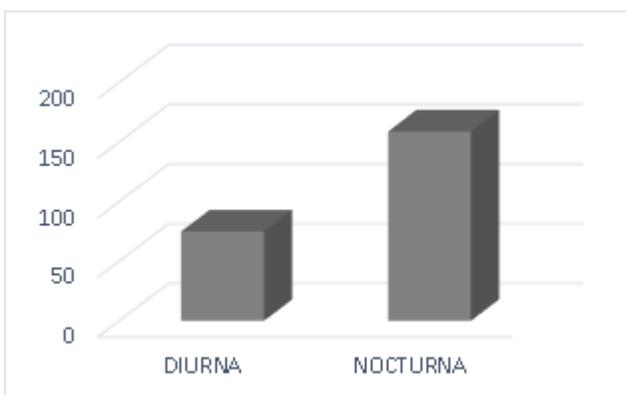


Figura 3. *Distribución por jornada académica.*

En relación a la distribución de la muestra por semestre, en la figura 4 se evidencia que el VIII semestre obtuvo la mayor frecuencia de participación con 123 sujetos y la de menor fue VI con un solo sujeto del total de la muestra.

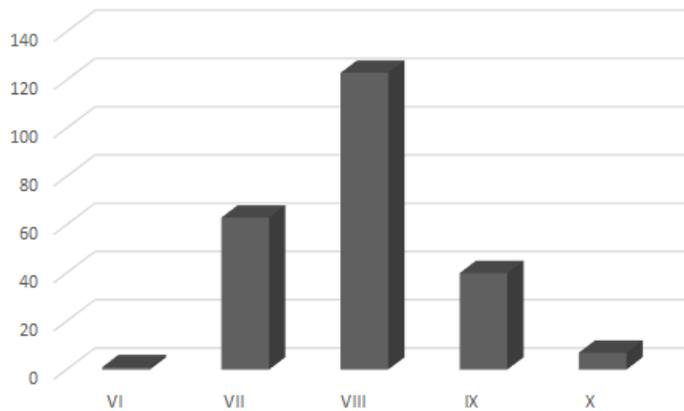


Figura 4. *Distribución por semestre académico.*

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta variable, se observa que la mayoría de estudiantes mantienen actividades laborales, relacionada esta última sobre la jornada nocturna, como se observa en la figura 3.

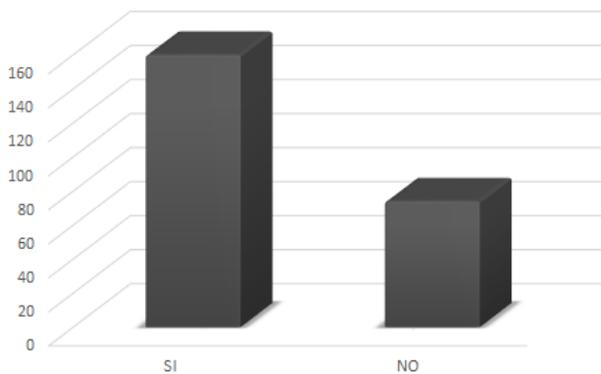


Figura 5. *Distribución por sujetos que laboran*

Como última variable sociodemográfica, se encuentra que la mayoría pertenece a estrato 3 siendo los individuos pertenecientes a un grupo social medio, se presenta en 156 personas que equivale a un porcentaje de 66,71% del total de la muestra. Mientras que los estratos 1 y 5 presentaron una menor frecuencia.

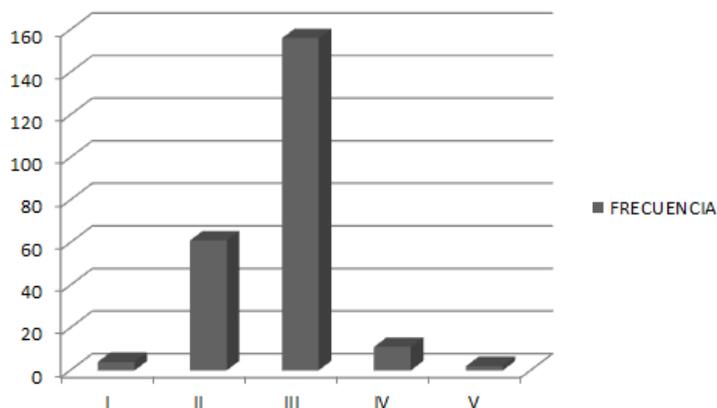


Figura 6. Distribución por nivel socioeconómico.

Ahora, respecto a las variables de estudio, encontramos los resultados obtenidos por facultad, así como el modelo de regresión por pasos donde se identifica las variables que pueden predecir la presencia de ansiedad generalizada y depresión mayor.

Tabla 1  
Estadísticos descriptivos de las variables de estudio por facultad según l

FACULTAD		INCERTIDUM BRE	REGULACI ÓN	PERFECCIONIS MO	BDI	GAD7
INGENIERÍA	$\bar{x}$	50,33	26,22	90,39	9,89	4,63
	N	46	46	46	46	46
	S	18,737	8,063	24,705	6,318	3,641
ADMINISTRATI VAS	$\bar{x}$	55,81	29,97	91,66	14,06	7,16
	N	32	32	32	32	32
	S	16,977	8,578	23,065	7,637	4,429
PSICOLOGÍA	$\bar{x}$	57,61	30,76	92,64	11,74	6,70
	N	66	66	66	66	66
	S	19,421	9,420	20,291	8,362	4,261
COMUNICACIÓ N	$\bar{x}$	55,64	28,32	98,14	11,89	5,46
	N	28	28	28	28	28
	S	12,013	7,180	11,578	8,482	3,316

ECONÓMICAS	$\bar{x}$	50,21	27,39	91,71	11,18	5,07
	N	28	28	28	28	28
	Sr	16,484	9,826	16,506	6,815	4,303
DERECHO	$\bar{x}$	45,11	27,33	93,67	11,00	6,11
	N	9	9	9	9	9
	S	14,128	11,489	27,281	5,362	3,551
EDUCACIÓN	$\bar{x}$	62,52	33,24	104,28	15,76	8,84
	N	25	25	25	25	25
	S	14,793	7,838	15,206	6,851	3,902
Total	$\bar{x}$	54,85	29,20	93,89	12,05	6,22
	N	234	234	234	23	234
	S	17,548	8,945	20,442	7,592	4,160

Nota: Como se evidencia en la tabla 1, en referencia a la media, algunos puntajes no obtuvieron la significancia necesaria para que se considere que los estudiantes pertenecientes a cada una de las facultades tengan las condiciones para presentar síntomas asociados a las variables predictoras (IU, RE y perfeccionismo), sin embargo, algunos estudiantes agrupados por las facultades se acercaron a los puntos de corte. En las variables predictivas (TAG y TDM) algunos puntajes se establecieron en síntomas leves, es decir, que si sobrepasaron el puntaje significativo. La desviación estándar demuestra variabilidad alta dentro de las puntuaciones.

El BDI proporciona el nivel de gravedad respecto a síntomas depresivos. En relación con las puntuaciones obtenidas en depresión, la mayoría de los individuos pertenecientes a las facultades se encuentran por debajo del punto de corte en la aplicación del instrumento lo que indica ausencia de depresión, a diferencia de los estudiantes de la facultad de administración y educación, las cuales demuestran presencia de sintomatología depresiva leve, en el cual se puede presentar: estado de ánimo bajo o irritable, pérdida de placer en el desarrollo de actividades diarias, además de insomnio de conciliación o de mantenimiento e hipersomnía, puede generarse cambios en el apetito, perdiendo o aumentando de peso en cuestión de días, manifestando falta de energía y cansancio la mayor parte del tiempo.

Por otro lado, las puntuaciones obtenidas en el GAD 7 muestran que la media perteneciente a los estudiantes de las diferentes facultades se encuentra por encima del punto de corte, manifestando la presencia de una sintomatología leve de ansiedad en la cual se puede presentar alguno de los siguientes síntomas, temor excesivo la mayoría del tiempo, aumento en la tasa cardíaca y respiratoria, sudoración, sensación de ahogo, náuseas, mareo, temblores, parestesias. La presencia de esta sintomatología está condicionada a una frecuencia y duración corta, pero a su vez genera desajuste importante en el sujeto.

Ahora bien, en relación con la escala de intolerancia a la incertidumbre se encuentra que las puntuaciones están por debajo del punto de corte, lo que indica que los sujetos poseen estrategias adecuadas para afrontar la intolerancia a la incertidumbre, evitan la procrastinación, no necesitan aprobación de sus grupos sociales, se les facilita el trabajo en equipo, así como delegar y realizar funciones dentro de una organización, disfrutan del tiempo libre que poseen durante su cotidianidad. La facultad de educación fue la que obtuvo la puntuación más cercana al punto de corte lo que puede indicar que no están presentando las habilidades anteriormente mencionadas.

Por otro lado la escala de dificultades en regulación emocional muestra puntuaciones obtenidas por debajo del punto de corte, lo que indica que los participantes presentan estrategias adecuadas para regular sus emociones, es decir, que el sujeto posee la habilidad de modificar componentes de orden fisiológico, cognitivo y comportamental respecto a la situación que le permita modular la respuesta emocional. En esta variable no se encontraron puntuaciones lo suficientemente significativas en las diferentes facultades.

Frente a la escala multidimensional de perfeccionismo de Frost las puntuaciones obtenidas se encuentran por debajo del punto de corte con riesgo de aumentar el puntaje, lo que indica que este tipo de muestra puede desarrollar un pensamiento dicotómico en las diferentes tareas que

ejecutan a diario, el planteamiento de metas elevadas, que en caso de no ser alcanzadas podrían llegar a generar baja tolerancia a la frustración, se les dificulta delegar funciones o pedir ayuda para realizarlas y parten de la premisa de ser autosuficientes para realizar cualquier actividad. La puntuación de la facultad de educación fue la que más se acercó al punto de corte, por ende, son las que más se encuentran en riesgo de padecer las características nombradas anteriormente.

### Análisis correlacional

Para conocer si existe alguna relación entre los factores de riesgo transdiagnósticos y la ansiedad generalizada y depresión mayor, se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson.

Tabla 2

*Correlaciones entre las variables criterio y variables predictoras por medio del coeficiente de correlación de Pearson.*

		INCERTIDUMBR E	REGULACI ÓN
GA D7	Correlación de Pearson	,638**	,514**
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	234	234
BDI	Correlación de Pearson	,542**	,421**
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	234	234

Nota: los puntajes de alta magnitud dentro de la tabla relacionados con GAD 7 son 0,638 en IU y 0,514 en RE. Mientras que en el BDI solo se presenta con IU con un puntaje de 0,542.

En relación con los puntajes obtenidos en la tabla 3 y teniendo el trastorno de ansiedad generalizada, se encuentra que existe relación de alta magnitud entre los resultados del GAD 7 e intolerancia a la incertidumbre con un puntaje de 0.638 a un nivel mayor o igual de 0.50, es decir, cuando se presenten síntomas relacionados con TAG es posible que aumente el grado de IU, siendo esta una correlación positiva.

De igual forma sucede con regulación emocional el cual obtuvo un puntaje de 0.514 a nivel mayor o igual de 0.5, lo que indica que al estar presente el TAG es posible que exista dificultad en la regulación emocional.

Respecto a la depresión mayor, se encuentra una relación de alta magnitud entre depresión e intolerancia a la incertidumbre con un puntaje de 0.542 a nivel mayor o igual de 0.5, lo cual, igual que en el TAG, indica que en el transcurso del desarrollo del trastorno depresivo mayor existan grados de intolerancia a la incertidumbre.

En relación con la regulación emocional, el puntaje obtenido fue de 0.421, lo que denota una magnitud media e indica que la relación entre estas mantiene media estabilidad, por lo cual, presentar síntomas asociados a trastorno depresivo mayor no involucra una relación directa con dificultades en la regulación emocional.

### **Análisis predictivo**

Con el último análisis, se utilizó el modelo de regresión lineal por pasos, el cual permite evidenciar la relación predictiva entre las variables. El modelo se analizó de forma individual para cada variable predictiva con el fin de obtener mayor precisión en los resultados. Se toman las variables predictoras que mantienen una relación más cercana con las variables predictivas y se terminan excluyendo aquellas que no brindan información relevante para la predicción.

Tabla 3  
*Análisis Predictivo variable Ansiedad Generalizada*

Modelo	R Cuadrado	R Cuadrado Ajustado	Beta	Cambio Cuadrado de R
Intolerancia a la incertidumbre	0,408	0,405	0,638	0,408
Intolerancia a la incertidumbre y regulación emocional	0,441	0,436	0,512 0,222	0,033

Nota: Como se evidencia en la tabla, en la variable criterio GAD7, intolerancia a la incertidumbre la predice en primer lugar con un 40.8% y sumado con la regulación emocional tienen un poder de predicción de 44.1%. Se ha de tener en cuenta que el aporte predictivo individual de regulación emocional es de 3.3%.

En la tabla 4, se hace referencia al análisis predictivo de la variable predictiva ansiedad generalizada, en ella se observa que la IU es tomada en cuenta como la variable de mayor poder predictivo, seguida en menor proporción por la regulación emocional. Esto indica que los datos

arrojados por el coeficiente de correlación de Pearson son semejantes al modelo de regresión lineal por pasos, es decir, que la intolerancia a la incertidumbre y la regulación emocional, son las dos variables que poseen mayor peso predictivo, precisamente por la correlación que manejan, indicando que las presencias de sus síntomas pueden generar el desarrollo de patologías como la ansiedad generalizada.

Tabla 4  
*Análisis predictivo variable depresión mayor*

Modelo	R Cuadrado	R Cuadrado Ajustado	Beta	Cambio Cuadrado de R
Intolerancia a la incertidumbre	0,294	0,291	0,542	0,294
Intolerancia a la incertidumbre y regulación emocional	0.312	0,306	0,448 0,165	0,018

Nota: Como se evidencia en la tabla, en la variable criterio BDI, la intolerancia a la incertidumbre la predice en un 29.4% y sumado con regulación emocional tienen un poder de predicción de 31.2%. Se ha de tener en cuenta que el aporte predictivo de regulación emocional es 1.8%.

Por su parte, en la tabla 5 se evidencia que la IU mantiene el mayor poder predictivo, seguida por la RE. Con esto claro, se evidencia que en ambas variables predictivas (TAG y TDM), las variables de riesgo que mantienen un poder predictivo son Intolerancia a la incertidumbre y Regulación emocional, sin embargo, estos porcentajes de predicción se presentan en diferente grado, siendo intolerancia a la incertidumbre la más alta en ambas variables dependientes con 40,8% en GAD7 y 29.4% en BDI. Mientras que la regulación emocional aporta un porcentaje mínimo de 3.3% en GAD7 y 1.8% en BDI. Lo que indica que el modelo de regresión lineal por pasos toma como variable fundamental en ambos casos a la intolerancia a la incertidumbre y con un menor peso la regulación emocional. Cabe destacar que excluye la variable predictora de perfeccionismo puesto que no encuentra una relación significativa para un poder de predicción. Lo que se ratifica con el coeficiente correlacional de Pearson.



### **Discusión.**

Respondiendo a los objetivos de investigación y con referencia al marco teórico - empírico se encontró que la intolerancia a la incertidumbre es el factor que tiene mayor poder predictivo en ambos trastornos psicopatológicos, evidenciándose en ansiedad generalizada en un 40.8% y depresión mayor en un 29.4%; Los anteriores resultados son acordes a lo descrito por González, Ibañez y Cubas, 2006; quienes encuentran un nivel de predicción de 48% en ansiedad generalizada y 44% en depresión mayor, por su parte González, Peñate, Bethencourt y Rovella, 2004 encuentran un nivel de predicción en ansiedad generalizada de 35% y 26% en depresión mayor; Rovella, Gonzalez, Peñate e Ibañez (2011) encuentra un 35% de predicción en TAG. Lo cual lleva a considerar cómo lo manifiesta Dugas y Robichaud (referidos en Rovella, Gonzalez, Peñate e Ibañez, 2011) que la intolerancia es un factor de vulnerabilidad cognitiva que conlleva a la concepción de creencias negativas sobre la incertidumbre y sus implicaciones, lo que termina siendo un generador de inhibición en el sujeto. Keegan (2007), menciona que la incertidumbre predispone a la persona a desarrollar una preocupación incontrolable, lo que finaliza desarrollando los trastornos del estado del ánimo y las conductas desadaptativas. Estos mismos autores mencionan que la incertidumbre excesiva a situaciones futuras se considera la principal causa del desarrollo de TAG, por ende la intolerancia a la incertidumbre pasa a tener mayor peso predictivo sobre las investigaciones realizadas.

Respecto a la depresión mayor, diferentes estudios evalúan el nivel de predicción que mantiene la IU con TDM, este resultado se puede explicar ya que existen algunos síntomas comórbidos que se pueden relacionar con el nivel de predicción arrojado en el estudios, sin embargo es necesario mencionar que el TAG es un trastorno base para el desencadenamiento de otros trastornos de ansiedad y del estado del ánimo Gonzalez, Ibañez y Cubas (2006), y siendo la IU parte de los modelos explicativos del TAG, se puede derivar a otros trastornos comórbidos

en menor peso. Estos grados de predicción se ven reflejados en los estudios de Gonzalez, Ibañez y Cubas, 2006; González, Ibáñez, Rovella, López y Padilla, 2013; Gentes y Ruscio, 2011; Yook, Hyang Kim, Young Suh y Soo Lee, 2010.

Ahora bien, dentro de los resultados obtenidos en la investigación, se evidencia que la segunda variable que mantiene poder predictivo en ambos trastornos psicopatológicos (TAG y TDM) pero en un bajo nivel, es la regulación emocional. Según los resultados de este estudio aunque son porcentajes bajos, predice la aparición de síntomas en un 3,3% para ansiedad generalizada y 1,8% en depresión mayor. Sin embargo en el estudio de Extrema y Rey (2014) evidencian la existencia de un poder de predicción de 22% en TAG y 5% en TDM. Lo anterior guarda relación con la sustentación de Hervas (2011) quien refiere que el trastorno de ansiedad generalizada se compone de una emocionalidad negativa y es en el déficit en la regulación emocional que se presenta la evitación de imágenes internas negativas y de sensaciones desagradable. Por su parte, Mennin, Holaway, Fresco, Moore y Heimberg (2007) explican que la intensidad de la emoción y el manejo inadecuado de esta, son características predictivas del TAG. Con lo anterior se puede indicar que la emocionalidad en el TAG cumple un papel relevante, que a pesar de no ser una característica central se constituye como uno de los factores que permiten ayudar en el tratamiento de ambos trastornos psicopatológicos, esto en razón a que en el trastorno depresivo mayor se presenta un déficit en la regulación emocional porque los trastornos del estado de ánimo son más duraderos, por ejemplo en un estudio realizado por Peeters, Nicolson, Berkhof, Delespaul y deVries (referido en Hervas, 2011), mencionan que las personas con características depresivas no reaccionan con intensidad pero si extienden la emocionalidad negativa en el tiempo y por ende la tendencia a realizar actividades positivas es reducida.

Por último es importante mencionar que la variable perfeccionismo fue excluida dentro del modelo de regresión lineal por pasos utilizado en la presente investigación. Esto se puede explicar a el tipo de muestra empleado, ya que en estudios realizados por Arana, Scappatura, Miracco, Rutzstein y Keegan (2007), más de la mitad de la muestra se encontraban recibiendo atención psicológica, lo que indicaría presencia de sintomatología clínicamente relevante posibilitando la obtención de puntuaciones elevadas en relación con perfeccionismo y las variables psicopatológicas. Otro factor que pudo influir en la exclusión de la variable según Egan, Tracey, Roy, (2011), son los factores multidimensionales, es decir, un grupo de componentes relacionados con la aparición del perfeccionismo: como los niveles de exigencia, organización, pulcritud, entre otros, donde posiblemente estos no se encuentran presentes en la muestra estudiada, pues la población presente, es perteneciente a un nivel socioeconómico que probablemente no exige la fuerza para crear estos niveles de perfección. Ahora bien, el nivel socioeconómico de la muestra establecida para el desarrollo de la presente investigación es perteneciente al estrato 2 y 3, donde la capacidad adquisitiva de las personas que se encuentran en estos estratos no alcanza para poder ingresar a un sistema educativo de mayor precio, donde los niveles de exigencia son más altos y pueden posibilitar el desarrollo del perfeccionismo, de igual manera otro factor relacionado con la exclusión de la variable perfeccionismo está relacionado con los estilos de crianza de los padres, ya que según Gilardi y Lambre (2006), si el estilo de crianza de los padres es autoritario, influye en el funcionamiento del núcleo familiar y crea en el sujeto un desajuste psicológico que posibilita el desarrollo de características perfeccionistas. Esta afirmación se sustenta también con los estudios realizados por (Kawamura, Frost y Harmatz 2002; Rice & Mirzadeth 2000 y Frost, Lahart y Rosenblate 1991 referidos en Gilardi y Lambre 2006).

Caso contrario fue lo evidenciado en el estudio realizado por Gonzales, Ibáñez, Rovella, López y Padilla (2013), donde se identificó que el factor de elevadas expectativas paternas y elevada actitud crítica muestra un 38% de predicción del TAG, por otro lado la excesiva preocupación por los errores y duda sobre la calidad de las propias acciones, percepción de elevadas expectativas paternas y elevada actitud crítica, preferencia por el orden y la organización muestra un índice predictivo de 25% en el trastorno depresivo mayor.

En el análisis de resultados de los instrumentos que evaluaron los síntomas asociados a TAG y TDM, se evidencia que en la muestra existe una manifestación de sintomatología leve de ansiedad generalizada y en relación con la depresión solo en las facultades de administración y educación se encuentra presente sintomatología depresiva. Estos datos se pueden corroborar con el estudio realizado por Casadiegos y Sánchez (2008), donde su diseño de investigación es similar y no encontraron datos significativos en las variables TAG y TDM. Esto se puede explicar por el tipo de muestra que se utilizó, debido a que es una muestra no clínica y la probabilidad de obtener puntuaciones altas en estas variables es mínima, otra variable que pudo influir en los resultados tiene que ver con los factores de protección con los que pueden contar los estudiantes universitarios, Czernik, Giménez, Mora y Almirón (2006) mencionan por ejemplo, encontrarse cerca del núcleo familiar, desarrollar estrategias funcionales de adaptación cuando el estudiante migra a otra ciudad para poder estudiar, tener unas adecuadas relaciones sociales, tener pareja o encontrarse laborando en la actualidad, pueden estar relacionados con un factor de protección para la aparición de la sintomatología depresiva y como lo podemos observar más del 50% de la muestra utilizada se encuentra laborando en la actualidad .

Por lo que se refiere al estudio realizado por Descalzi, Cruz, Murga (2009), describen que la sintomatología asociada al TAG se encuentra presente en un 27.84% de la muestra estudiada

siendo la más alta dentro del estudio, posiblemente desarrollada por estrés en las labores académicas. De igual manera Galindo, Moreno y Muñoz (2009), mencionan que la presencia de TAG y TDM sobre estudiantes universitarios se encuentra relacionada con diversos factores, entre ellos se encuentran factores asociados al estrés académico, factores familiares, económicos y sociales que prevalecen sobre la presencia de ambas variables. Diferentes unidades de docentes exponen las elevadas cifras de alumnos que acuden a asesorías y tutoriales debido al malestar psicológico desbordado por experiencias estresantes; usualmente manifestando síntomas somáticos como dolores de cabeza, náuseas y mareo. También se manifiestan síntomas conductuales como irritabilidad y angustia.

Por otro lado, Londoño (2011) menciona que el trastorno de ansiedad generalizada da paso para la aparición o predicción de otro tipos de trastornos ya que se produce una vulneración frente a procesos cognitivos y comportamentales, para el desarrollo de trastornos del estado de ánimo, trastornos alimenticios o sexuales involucrados en la aparición de TAG y TDM.

Ahora bien, respecto a las correlaciones evaluadas entre las variables predictivas y predictoras se evidencia que intolerancia a la incertidumbre y regulación emocional son variables que mantienen una correlación de alta magnitud con TAG, mientras que intolerancia a la incertidumbre es la única variable que mantiene una correlación de alta magnitud con TDM dejando en un segundo plano la regulación emocional y el perfeccionismo. Estudios como los de González, Ibáñez y Cubas (2006) basados en un diseño correlacional tipo ex post facto y una matriz de correlación tipo pearson, indican correlaciones positivas frente a los trastornos que emplearon y las variables del proceso predictoras, evidenciando que el TAG sostiene una correlación de 0,73 con intolerancia a la incertidumbre y depresión de 0,65 frente a la misma, lo que supera la medida de 0,50. El TDM sostiene altos niveles de comorbilidad con el TAG, lo que

influye sobre la asociación de diversos factores en ambos trastornos, teniendo en cuenta que el TAG presenta dificultad en establecer un diagnóstico, precisamente por el grado de similitud con otros trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo. Chappa, 2007; Nutt, Argyropoulos, Hood, y Potokar, 2006. De igual manera se encuentra en la relación de media magnitud entre el perfeccionismo y las variables psicopatológicas. El estudio realizado por Arana, Scappatura, Miracco, Rutzstein, y Keegan (2009); evidencia una correlación positiva entre la variable discrepancia que es un componente del perfeccionismo desadaptativo y las variables de depresión y ansiedad. De igual manera se da en los estudios realizados por Rice y Slaney, 2002; Mobley, Slaney y Rice. 2005. Estas correlaciones se pueden dar debido a que la intolerancia a la incertidumbre es un componente del TAG, y en el TDM aparece debido a los altos grados de comorbilidad que existen entre ambos trastornos. La correlación entre perfeccionismo y trastorno depresivo mayor se puede explicar debido a que lo señalado en la teoría explicativa de la depresión, donde mencionan que los individuos que padecen depresión tienen características del perfeccionismo disfuncional, las cuales son el establecimiento de metas muy altas y el solo observar los aspectos negativos de las situaciones que experimentan. Las correlaciones entre la regulación emocional y los trastornos estudiados se pueden explicar debido a que la dificultad de regular las emociones está relacionado con la aparición de los trastornos del estado del ánimo, y en el TAG porque la emocionalidad cumple un papel relevante en la configuración del trastorno.

### **Conclusiones.**

A partir de la revisión teórica – empírica y en relación con los resultados obtenidos en la investigación se puede concluir que: se corrobora lo encontrado en la literatura acerca de los niveles de predicción de la variable intolerancia a la incertidumbre en relación con la ansiedad generalizada y depresión mayor, de igual manera se evidencian correlaciones de mediana y alta magnitud en las variables predictoras del estudio.

Se recomienda en futuras investigaciones utilizar una muestra clínica vinculada o no a proceso terapéutico, con el fin de poder observar cómo es el comportamiento de las variables en estas condiciones; se recomienda además utilizar las adaptaciones de los instrumentos psicológicos al contexto colombiano, ya que de esta manera se puede realizar una mejor medición de las variables y tener datos más exactos.

Respecto a las variables criterio, se evidencio puntuaciones relacionadas con presencia de sintomatología depresiva leve en las facultades de administración y educación, y presencia leve de sintomatología relacionada con ansiedad generalizada en toda la muestra evaluada, esto se puede relacionar al hecho que los participantes de estas facultades pertenecen en su mayoría al género femenino y teniendo en cuenta lo referido por Arrieta, Díaz y Gonzales (2014), existen factores socioculturales como la facilidad de admitir y reportar sentimientos depresivos, la diversidad de roles en la familia y factores biológicos como la predisposición genética que genera la configuración de esta patología y por otro lado factores como el estrés laboral y académico que posibilitan el desarrollo de la sintomatología relacionada al TAG. Agudelo, Casadiegos y Sánchez (2008).

Dentro de las diferentes observaciones que se exponen después de analizar el proceso investigativo y los resultados, se recomienda en próximas investigaciones tener en cuenta

variables como estilos de personalidad, estilos de crianza parentales, niveles de exigencia en los contextos académicos y laborales que pueden influir en la presencia e intensidad de la variable perfeccionismo.

Dentro de los materiales psicométricos empleados para el desarrollo teórico y empírico se evidencia la importancia de continuar con la utilización de la adaptación colombiana de dificultades en la regulación emocional (DERS) ya que esta sustenta fiabilidad y validez frente a resultados y aporta evidencia empírica, para la posterior realización de la validación concurrente y divergente Muñoz, que permita la estandarización del instrumento. Muñoz, Vargas y Hoyos (2016).

El aporte del proceso investigativo y de las diferentes estrategias que se derivan de él, permite comprender la relación de diversos trastornos mentales y la comorbilidad de los mismos. En este orden de ideas se retoma el transdiagnóstico como un modelo actual, encargado de la relación entre trastornos, la evaluación y la intervención de los mismos; agilizando los procesos interventivos y proponiendo estándares que contribuyan con la evolución de la psicología y la intervención para estados psicológicos que actualmente se presentan con mayor fuerza sobre la población juvenil. La idea es promover estrategias de afrontamiento y adaptación de estados psicológicos que alteran la cotidianidad de la persona.

Con los resultados obtenidos en la presente investigación se sugiere implementar evaluaciones en la comunidad académica para identificar patologías como la ansiedad generalizada, depresión mayor y así generar programas institucionales liderados por la Subdirección de Salud, Bienestar Universitario, Programa de permanencia y graduación oportuna (PYGO), Consejería Estudiantil y el Centro Universitario de Atención Psicológica CUNAPSI, que intervengan de manera integral este tipo de patologías.

### Referencias.

- Agudelo, D., Casadiegos, C. y Sánchez, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39.
- Aldao, A. (2012). Emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: a closer look at the invariance of their form and function. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17( 3), 261-277.
- Aliño, J., & Miyar, M. (2008). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Pub.
- Aragonès, E., Piñol, J y Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Aten Primaria*. 41(10) 545–551.
- Arana, F., Scappatura, M., Miracco, M., Rutzstein, G. y Keegan, E. (2007). Un estudio sobre perfeccionismo en estudiantes universitarios argentinos: resultados preliminares en estudiantes de Psicología. *Anuario de Investigaciones*, 16, 17-24.
- Arrieta, S., Díaz, K. y Gonzales, F. (2014). Estrés académico y funcionalidad familiar en estudiantes de odontología. *Salud Uninorte*, 30 (2), 121-132.
- Behar, E., Dobrow, I., Hekler, E., Mohlman, J. y Staples, A. (2011). Modelos teóricos actuales del trastorno de ansiedad generalizado (TAG): Revisión conceptual e implicaciones en el tratamiento. *Revista de Toxicomanías*, 63, 15-36.
- Carrasco, A., Belloch, A., y Perpiña, C. (2009). La evaluación del perfeccionismo: Utilidad de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo en poblaciones españolas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36 (153), 49-65.
- Chappa, H. (2007). El tratamiento cognitivo-comportamental del trastorno de ansiedad generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16, 57-60.
- Craske, M. G. (2012). Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. *Depression and anxiety*, 29(9), 749-753.
- Czernik, G., Gimenez, S., Mora, M y Almiron, L. (2006). Variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de medicina de corrientes, Argentina. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 13, (2), 64 - 73.
- Descalzi, P., Cruz, G. y Murga, H. (2009). Frecuencia de trastornos mentales en alumnos del tercer año de la Facultad de Medicina de una universidad privada de Lima. *Revista Médica Herediana*, 20 (2), 158-164.

- DSM - III. (1980). *Manual Diagnóstico y Estadístico De Los Trastornos Mentales*. España: Masson.
- DSM.-III-R. (1987). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Masson.
- DSM-IV (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales*. España: Masson.
- DSM-IV.TR (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Masson.
- DSM-V (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Masson.
- Egan,S., Wade, T y Shafran,R.(2012).The transdiagnostic process of perfectionism.*Revista de psicopatología y psicología clínica*. 17 (3), 279-29.
- Extremera, N y Rey, L.(2014). El papel amortiguador de la regulación emocional sobre síntomas de ansiedad y depresión.
- Fernández, P., Ramos, N., y Extremera, N.(2001). Inteligencia emocional, supresión crónica de pensamientos y ajuste psicológico. *Boletín de psicología*,70(), 79-95.
- Fuster, A. B. (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.
- Galindo, B., Moreno., I. y Muñoz, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: Factores académicos y sociofamiliares asociados.*Clínica y Salud*, 20 (2), 177-187.
- Gentes, E., y Ruscio, A.(2011).A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive–compulsive disorder. *ClinicalPsychologyReview*, 31(), 923–933.
- Giraldi, C., y Lambe, J. (2006). Padres autoritarios y democráticas y características de personalidad de estudiantes de licenciatura y posgrado. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8, (1), 25-46.
- González, M., Cubas, R., Rovella, A y Darías, M. (2006). Adaptación española de la escala de intolerancia hacia la incertidumbre: procesos cognitivos ansiedad y depresión. *Psicología y salud*. 16(2), 219-233.

- González, M., Ibáñez, I. y Cubas, R. (2006). Variables de proceso en la determinación de la ansiedad generalizada y su generalización a otras medidas de ansiedad y depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (1), 23-39.
- Gonzales, M., Ibáñez, I., Rovella, A., López, M y Padilla, L.(2013). Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre: relaciones con variables psicopatológicas. *Behavioral psychology / psicología conductual*. 21(1),81-101.
- González, M., Peñate, W., Bethencourt, J. M. y Rovella, A. (2004). La predicción del trastorno de ansiedad generalizada en función de variables de procesos. *Psicología y Salud*, 14, 179-188.
- Hayes, S., Orsillo, S. y Roemer, L. (2011). An acceptance-based behavioral therapy for individuals with generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 264-281.
- Hervas, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Behavioral Psychology*, 19 (2), 347-372.
- Hettema, J., Prescott, C., Myers, J., Neale, M., y Kendler, K. (2005). The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Anxiety Disorders in Men and Women. *Arch Gen Psychiatry*, 62(2), 182-189.
- Jarne, A., Talam, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena, E. (2011). *Psicopatología*. Barcelona: Editorial UOC.
- Jiménez, A., Orgambidez, A., y Pascual, L. (2015). Inventario de supresión del pensamiento del “oso blanco” (WBSI): Propiedades psicométricas de la versión portuguesa (Portugal). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 125-134.
- Keegan, E. (2007). La ansiedad generalizada como fenómeno: Criterios diagnósticos y concepción psicopatológica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16, 49-55.
- Londoño, N. (2011). Vulnerabilidad cognitiva en trastornos mentales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 40 (2), 289-309.
- Londoño, N., Álvarez, C., López, P., y Posada, S. (2005). Distorsiones Cognitivas Asociadas al Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Informes psicológicos*, 7(), 123 - 136.
- Mennin, D., Holaway, R., Fresco, D., Moore, M. y Heimberg, R. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behav Ther*, 38 (3), 284-302.
- Ministerio de salud. (2015). Estudio Nacional de Salud Mental, Bogotá Colombia.

- Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social. (2003), Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003, Cali, Colombia: C&C Gráficas, Ltda.
- Mobley, M., Slaney, R. & Rice, K. (2005). Cultural validity of the almost perfect scale-revised for African American collage students. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 629-639.
- Moreno, M. (2009). Intolerancia a la incertidumbre en la adolescencia. *MedULA* 18: 83-89.
- Muñoz, A., Vargas, R y Hoyos, J.(2016). Escala de dificultades en regulación emocional (DERS): análisis factorial en una muestra colombiana. *Acta colombiana de psicología* 19(1), 225-236.
- Nutt, D., Argyropoulos, S., Hood, S., y Potokar, J. (2006). Generalized anxiety disorder: A comorbid disease. *European Neuropsychopharmacology*, 16, 109–118.
- Reyes, A. (2010). *Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. Biblioteca virtual en salud. Honduras.
- Rice, K. & Slaney, R. (2002). Clusters of Perfectionistics: Two Studies of Emotional Adjustment and Academic Achievement. *Measurement & Evaluation in Counseling & Development*, 35.
- Rodríguez, R., Aune, S., y Verete, G. (2012). Regulación emocional en pacientes con trastornos de ansiedad: un estudio comparativo con una muestra comunitaria. 9(1), 273-280.
- Rodríguez, M., y Brenlla, M. (2015). Adaptación para Buenos Aires del cuestionario de orientación negativa a los problemas (comp). *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(1) 362-370.
- Rovella, A., González, M., Peñate, W., e Ibáñez, I. (2011). Preocupación-rasgo y trastorno de ansiedad generalizada en una muestra de la población general: El papel diferencial de la intolerancia a la incertidumbre, la evitación cognitiva, la orientación negativa al problema y las metacreencias. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20 (2), 101-108.
- Rovella, A. T., Rodríguez, G., & Manuel y Solares, E. (2008). Diferencias de género en ansiedad generalizada y depresión en una muestra de estudiantes universitarios. *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Tortella, M. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Revista Iberoamericana de Psicopatología*. 110, 62-69.
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica Transdiagnostic: a new frontier in clinical psychology.

- Sampieri, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación (5ta.ed.). México D.F: McGraw Hill.
- Valencia, G. (2010). Riesgo de depresión en estudiantes del programa de enfermería de la universidad libre de Pereira. *Revista de Cultura del Cuidado de enfermería*, 7 (2), 15-27.
- Vargas, R y Muñoz, A.(2013). la regulación emocional: precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conductual. *psicol. usp* ,24(2), 225-240.
- Vazquez, C., Hervas, G., Hernangomez, L y Romero, N.(2009). Modelos cognitivos de la depresión: Una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología conductual*. 1-49.
- Vásquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2002). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Revista Psicología Conductual*, 8 (3), 417-449.
- Vijay, K. G., Avasthi, A., & Grover, S. (2014). A study of worry and functional somatic symptoms in generalized anxiety disorder. *Asian Journal of Psychiatry*, 11, 50-52.
- Virgen, R., Lara, A., Morales, G. y Villaseñor, S. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*, 6 (11), ISSN 1067-6079.
- Yook, K., Hyang Kim, K., Young Suh, S. y Soo Lee, K. (2010). Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 623–628.

## Apéndices.

### Apéndice 1. Consentimiento informado

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Bogotá, \_\_\_\_\_

*Instrucciones (Resolución 8430 Min. Salud 1993)*

Este documento de Consentimiento Informado le proporcionará la información necesaria para ayudarle a decidir sobre su participación en esta investigación. Por favor lea atentamente la información. Si cualquier parte de éste documento no le resulta claro o si tiene alguna pregunta o desea solicitar información adicional, no dude en pedirla en cualquier momento a alguno de los miembros del equipo de estudio.

#### *Condiciones de participación*

Su participación en este estudio es voluntaria. Si usted acepta participar, deberá responder los cuestionarios que le pude tomar un tiempo aproximado de 40 minutos.

#### *Confidencialidad*

Su identidad estará completamente protegida. La información recogida en este proyecto es de carácter estrictamente confidencial y sólo se usará para fines investigativos. El firmar este documento y diligenciar los cuestionarios significa que usted ha entendido la información pertinente al proyecto y que desea participar.

Yo \_\_\_\_\_ identificado con TI c CC c Número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ por medio de la presente autorizó y consiento mi participación en la aplicación de los instrumentos: Escala de Intolerancia a la Incertidumbre(IU), Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS),Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost, Inventario de Depresión de Beck, y Test de Ansiedad Generalizada (GAD-7). La administración de los instrumentos está bajo la responsabilidad de los estudiantes de Psicología: Natalia Araque, Angie Díaz y Cristian Lara, con supervisión técnica, profesional y académica de la Psicóloga docente Claudia Patricia Ramos Parra.

Certifico que se me ha explicado el objetivo del ejercicio, los procedimientos del mismo y fui informado que no se me identificará en las presentaciones que deriven de este ejercicio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma

confidencial y con fines académicos, para el trabajo de grado “Factores de vulnerabilidad de ansiedad generalizada y depresión mayor en una muestra de estudiantes universitarios” y bajo los estándares éticos de la Psicología.

En constancia firma:

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_

CC# \_\_\_\_\_