

# Validación preliminar de una guía de evaluación transdiagnóstica para estrés, ansiedad y depresión

## Preliminary validation of a transdiagnostic guide for stress, anxiety and depression assessment

Ronald Alberto Toro Tobar\*, Laura Jimena González Gómez, Ángela Paola Sabogal Mancipe,  
Kerly Vanessa Beltrán Aguirre, Karolina Reyes Parra, & Luz Mery Guerrero Ortiz\*\*

Universidad Católica de Colombia

---

### Cómo citar este artículo:

Toro, R. A., González, L., Sabogal, A., Beltrán, K., Reyes, K., & Guerrero, L. (2017). Validación preliminar de una guía de evaluación transdiagnóstica para Estrés, Ansiedad y Depresión. *Revista Enfoques*, 2(1). <http://dx.doi.org/10.24267/23898798.202>

**Derechos de autor:** Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 internacional y 2.5 Colombia (CC BY-NC-ND 2.5 CO)



**Recibido:** agosto 14 de 2016

**Revisado:** agosto 21 de 2017

**Aceptado:** agosto 22 de 2017

---

\* Psicólogo MSc., contacto: [tororonald@gmail.com](mailto:tororonald@gmail.com)

\*\*Psicólogos. Contactos: [laurita112104@gmail.com](mailto:laurita112104@gmail.com), [apsabogal56@ucatolica.edu.co](mailto:apsabogal56@ucatolica.edu.co), [kerly92a@gmail.com](mailto:kerly92a@gmail.com), [karitothrash@hotmail.com](mailto:karitothrash@hotmail.com), [lmguerrero93@ucatolica.edu.co](mailto:lmguerrero93@ucatolica.edu.co)

**Resumen** | El objetivo fue desarrollar y validar preliminarmente una guía de evaluación transdiagnóstica como herramienta para mejorar los procesos de evaluación en casos de ansiedad, estrés y depresión a partir de las variables perfeccionismo, rumiación cognitiva, afecto positivo y negativo, sensibilidad ansiosa e intolerancia a la incertidumbre. Se efectuó un estudio de tipo cuantitativo empírico analítico de corte transversal instrumental, en el que a partir de las investigaciones consultadas se realizó el diseño de la guía clínica y una posterior indagación de sus propiedades mediante índices de confiabilidad por armonía interjueces y validez de contenido. Los participantes fueron dos jueces invitados conocedores de la materia expertos en evaluación transdiagnóstica. Se diseñó un instrumento de evaluación y calificación de la guía, conformada por un formato de evaluación en cual se plantearon una serie de ítems que permitían evaluar el cumplimiento de los objetivos, la claridad, rigurosidad científica y el procedimiento. En los resultados, se obtuvo un coeficiente de correlación intraclase de .62 considerado moderado. Se concluyó que la guía presenta validez de contenido preliminar y se considera pertinente para iniciar el proceso de pilotaje de tal forma que se pueda identificar la eficacia terapéutica de la misma.

**Palabras clave** | Estrés, ansiedad, depresión, transdiagnóstico, evaluación, guía.

**Abstract** | The objective was to develop and validate a preliminary transdiagnostic guide as a tool to improve the assessment processes in cases of anxiety, stress and depression from the variables perfectionism, cognitive rumination, positive and negative affect, anxiety sensitivity and intolerance to uncertainty. A quantitative empirical analytical study was carried out with an instrumental cross sectional design. The clinical guide was designed based on transdiagnostic studies and assessed by interjudge agreement and validity of content indexes. Therefore, the participants were two expert judges in the field of transdiagnostic evaluation. The instrument for the evaluation and qualification of the guide was designed including items to evaluate the objectives fulfilment, the clarity, scientific rigor and the procedure. In the results, an intraclass correlation coefficient of .62 was considered moderate. It was concluded that the guide presents validity of preliminary content and is considered pertinent to start the piloting process in such a way that the therapeutic efficacy of the guide can be identified.

**Keywords** | Stress, anxiety, depression, transdiagnostic, assessment, guide.

## Introducción

El modelo transdiagnóstico ha logrado una notable expansión en los últimos años, debido a la necesidad de proveer respuestas más efectivas a trastornos específicos que presentan altas tasas de comorbilidad y covariación. A partir de los hallazgos de investigaciones contemporáneas, se evidencian limitaciones en los sistemas de diagnóstico tradicionales los cuales están basados en categorías clínicas definidas y no en supuestos etiológicos que pongan de manifiesto el solapamiento de síntomas, lo cual ha llevado a plantear la presencia de características comunes entre diferentes trastornos y proponer un enfoque transdiagnóstico para su tratamiento (Belloch, 2012).

Las evidencias para la adopción de un enfoque transdiagnóstico avalan el desarrollo de formas de evaluación e intervención a partir de los factores etiológicos y mantenedores comunes, basados en variables denominadas transdiagnósticas (Sandín, Chorot, & Valiente, 2010). Las variables intolerancia a la incertidumbre, sensibilidad ansiosa, afecto positivo negativo, perfeccionismo y rumiación cognitiva no solo han suscitado interés del enfoque transdiagnóstico dada su importante presencia y comorbilidad en trastornos del estado de ánimo, ansiedad y estrés si no también han sido fuente de revisión y definición teórica.

Por una parte, la intolerancia a la incertidumbre (II) ha sido definida como un sesgo cognitivo en el cual la persona percibe como negativas las situaciones en las cuales no tiene certidumbre, se ha reconocido como una variable de vulnerabilidad por la excesiva e incontrolable preocupación (Koerner, & Dugas, 2008). Las personas con alta II suelen percibir los estímulos relacionados con los eventos futuros como altamente amenazantes, inaceptables y necesitan reducir su posibilidad de ocurrencia, mediante conductas como excesivos chequeos, búsqueda de garantías, e hipervigilancia (Dugas, Buhr, & Ladouceur, 2004; Dugas, Gosselin, & Ladouceur, 2001; Mahoney & McEvoy, 2012).

Por otra parte, la sensibilidad ansiosa ha sido definida como el miedo a las sensaciones relacionadas con la ansiedad (Taylor, Zvolensky, Cox, Deacon, Heimberg, Ledley et al., 2007), constructo de tres dimensiones: somática, social, y cognitiva, relacionado con medidas de estado y rasgo del miedo, ansiedad y evitación conductual (Kemper, Lutz, Bähr, Rüdell, & Hock, 2012; Wilson & Hayward, 2006).

Así mismo, la variable afecto negativo (AN) ha sido definido como la sensibilidad temperamental ante estímulos negativos que se experimenta como emociones negativas tales como miedo, ansiedad, tristeza, culpa, hostilidad, insatisfacción, pesimismo, quejas somáticas, y visión negativa de sí mismo, mientras que el afecto positivo (AP), se caracteriza por respuestas como entusiasmo, actividad, alerta, energía y participación gratificante) (Clark & Watson, 1991; Watson & Clark, 1984; Watson, Clark, & Tellegen, 1984).

Igualmente, el perfeccionismo (P) se ha definido como un constructo multidimensional (Egan, Wade, & Shafran, 2012), compuesto por altos estándares personales y preocupación autocrítica por los errores. Estos factores fueron derivados de las seis escalas reportadas por Frost, Marten, Lahart y Rosenblate (1990): estándares personales, preocupación por los errores, dudas sobre las acciones, expectativas de los padres, críticas de los padres, y preferencia por el orden y la organización. A nivel patológico se ha denominado perfeccionismo clínico, el cual se constituye como una sobredependencia de la autoevaluación sesgada, en la persecución de metas y altos estándares de desempeño autoimpuestos (Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002).

Adicionalmente, la Rumiación Cognitiva (RC) como variable patológica transdiagnóstica, se ha definido como un modo de respuesta cognitiva ante el malestar, que se presenta de forma repetitiva y pasivamente focalizada en los síntomas de malestar, además de las posibles causas y consecuencias de los síntomas. Se ha asociado a la pobre solución activa de problemas, aunque se enfoque permanentemente en los mismos y lo que generan a nivel emocional (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008, p. 400).

Otros estudios indican el grado de comorbilidad que presentan las variables transdiagnósticas con los trastornos de depresión, ansiedad y estrés, así las variables perfeccionismo (Engel, 1980; Stoeber, Schneider, Hussain, & Matthews, 2014), afecto positivo y negativo (Sandin, 2012; Robles & Páez, 2003; Regeiro, 2003; Belloch, 2012; Jiménez-Torres, Martínez, Miró, & Sánchez, 2012; Larsen & Ketelaar, 1989; Suárez, García, Rueda, & Ruiz, 2008; Stuart, Butler, Munafò, Nutt, & Robinson, 2013) y sensibilidad ansiosa (Pereira, 2009; Heinze & Palacios, 2002; Engel, 1980; Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, Belloch, 2012; Johnston, Titov, Andrews, Spence, & Dear, 2011) presentan mayor grado de comorbilidad con los trastornos depresivos, de ansiedad y estrés.

Por su parte, la variable intolerancia a la incertidumbre (Mahoney & McEvoy, 2012; Lotfi, Bakhtiyari, Asgharnezhad-Farid, & Amini, 2014; Egan, Wade, & Shafran, 2012; Behar, Barahona, Iglesias & Casanova, 2007; Stuart, Butler, Munafò, Nutt, & Robinson, 2013; Ezquiaga, García, Díaz de Neira, & García, 2011) muestra comorbilidad con trastornos depresivos y ansiosos y la variable rumiación cognitiva (Aldao, 2012) evidencia grado de correlación con trastornos de ansiedad, en muchos de los trastornos que componen este espectro.

Con base en los datos obtenidos en las investigaciones de corte transdiagnóstico se ha dado paso a una nueva manera de entender los trastornos a partir de la comprensión de procesos causales transversales y mantenedores de conductas problema, razón por la cual se hace necesario dar continuidad a la búsqueda de estándares bajo los cuales la psicología clínica desarrolle investigación básica y aplicada fundamentada en la práctica clínica y basada en la evidencia que permita el desarrollo de protocolos y/o guías de intervención con evidencia empírica que contribuyan y faciliten procedimientos y técnicas desde este enfoque, para disminuir las dudas en el ejercicio profesional y brindar estrategias de evaluación acordes a las necesidades contextuales de la población a la cual se encuentra dirigida (Quant & Trujillo, 2014).

### **Justificación y Problema de Investigación**

La vida contemporánea, lleva a mirar cada vez con más “normalidad” que los problemas relacionados con el estado de ánimo como el estrés, la ansiedad y los estados depresivos hacen parte la cotidianidad; el ritmo de vida veloz, mercados y un mundo laboral de mayor exigencia, la incertidumbre frente a decisiones, son algunos de los factores en los que la sociedad se encuentra inmersa y cuyas consecuencias en los comportamientos de los individuos se manifiesta su grado de impacto diferencialmente en los hombres y mujeres; no es casualidad que la OMS cite “se estima que más de 350 millones de personas en el mundo padecen de cuadros de depresión. En Colombia más del 21% de las mujeres presenta esta enfermedad, convirtiéndose en una de las principales causas de discapacidad que, en el peor de los casos, lleva a la persona al suicidio” esto para citar solo uno de los trastornos que muchos investigadores consideran las enfermedades del siglo XXI; la alta prevalencia en la población general y el grado de afectación en la calidad de vida de las personas hacen que este tipo de trastornos sean objeto primario de diferentes campos de investigación, entre ellos el de la psicología clínica.

En Colombia diferentes estudios pueden evidenciar que la población no es ajena a estas tendencias globales, y algunas de las principales causas de los problemas de salud mental están relacionadas con la depresión, ansiedad y estrés, según se afirma en los estudios realizados por la Encuesta Nacional de Salud Mental (Gómez-Restrepo et al., 2016), de la Universidad Javeriana, Colciencias y el Ministerio de Salud, entre los datos más relevantes del análisis, se encuentra que “en promedio, 10 de cada 100 adultos de 18 a 44 años y 12 de cada 100 adolescentes tienen algún problema que sugiere la presencia de una enfermedad mental.”, por otra parte, y de acuerdo a los anteriores análisis realizados por el Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia en el año 2003 que presentó el Ministerio de la Protección Social, “dos de cada cinco colombianos presenta al menos un trastorno mental en algún momento de su vida. En los últimos doce meses, el 16% de la población los ha sufrido y en este momento, el 7,4 % tiene un trastorno psiquiátrico diagnosticable.”; otra cifra importante revelada indica que el 38% de los trabajadores en Colombia sufren de estrés. Todos estos estudios indican que al igual que la tendencia mundial, en Colombia estas cifras tienen una tendencia creciente, lo cual representa una problemática de salud pública en el país.

Los datos anteriormente expuestos generan preocupación y despiertan el interés entre los profesionales del área de la salud mental para la búsqueda y desarrollo de alternativas que generen aportes valiosos orientados a intervenciones efectivas de los trastornos depresivos, de ansiedad y estrés, en este sentido existen nuevos enfoques que permiten un abordaje más integral para dichos trastornos, entre ellos, el modelo transdiagnóstico, el cual ha logrado una notable expansión en los últimos años ya que ha demostrado proveer respuestas más efectivas a trastornos específicos que presentan altas tasas de comorbilidad y covariación (Belloch, 2012).

A partir de los hallazgos de investigaciones contemporáneas, se evidencian limitaciones en los sistemas de diagnóstico tradicionales los cuales están basados en categorías clínicas definidas y no en supuestos etiológicos que pongan de manifiesto el solapamiento de síntomas, lo cual ha llevado a plantear la presencia de características comunes entre diferentes trastornos y proponer un enfoque transdiagnóstico para su tratamiento (Belloch, 2012).

Las evidencias para la adopción de un enfoque transdiagnóstico, avalan el desarrollo de formas de evaluación e intervención a partir de los factores etiológicos y mantenedores

comunes, basados en variables denominadas transdiagnósticas (Sandín, Chorot, & Valiente, 2012). Con relación a lo anterior, las variables, intolerancia a la incertidumbre, sensibilidad ansiosa, afecto positivo y negativo, perfeccionismo y rumiación cognitiva han suscitado interés del enfoque transdiagnóstico dada su importante presencia y comorbilidad en trastornos del estado de ánimo, ansiedad y estrés.

A partir del panorama expuesto, la presente guía se propone como una opción válida que permita a los profesionales de la salud un abordaje terapéutico de base transdiagnóstica que facilite una evaluación eficiente en la identificación de las variables transversales a los trastornos de depresión, ansiedad y estrés; y a partir de ello se generen las estrategias de intervención de acuerdo al modelo que el terapeuta estime de mayor beneficio para el caso. Teniendo en cuenta con lo anterior, el objetivo del presente estudio fue desarrollar y validar preliminarmente una guía de evaluación transdiagnóstica que sea una herramienta que permita mejorar los procesos de evaluación en casos de ansiedad, estrés y según las variables transdiagnósticas tales como, perfeccionismo, rumiación cognitiva, afecto positivo y negativo, sensibilidad ansiosa e intolerancia a la incertidumbre.

## **Método**

### **Diseño**

Se efectuó un estudio de tipo cuantitativo empírico analítico de corte transversal instrumental, en el cual a partir de las investigaciones consultadas se realizó el diseño de la guía clínica y posterior indagación de las propiedades de la misma con índices de confiabilidad por armonía interjueces y validez de contenido (Montero & León, 2007), teniendo en cuenta la naturaleza preliminar del estudio y los alcances del mismo en el contexto nacional.

### **Participantes**

Se contó con los aportes de dos jueces invitados conocedores de la materia y magister en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad de los Andes expertos en evaluación transdiagnóstica, con el propósito de ser evaluada y calificada según los parámetros estipulados en el

formato de evaluación diseñado para la presente guía. La información obtenida fue confidencial y se garantizó el anonimato de las respuestas de cada jurado.

### **Instrumentos**

Se diseñó un instrumento de evaluación y calificación de la guía, conformada por un formato de evaluación en cual se plantearon una serie de ítems que permitían evaluar el cumplimiento de los objetivos, la claridad, rigurosidad científica y procedimiento. Para su calificación, el evaluador debía asignar un valor de uno (1) a cinco (5) a cada uno de los ítems propuestos, teniendo en cuenta que uno (1) significaba que no cumplía con lo enunciado en el ítem y cinco (5) que se cumplía de manera satisfactoria. Por último, para que su calificación fuese completa y detallada, se asignó una columna para elaborar observaciones y comentarios que permitirían el registro de las sugerencias adicionales que los jueces consideraron pertinentes.

### **Procedimiento**

El diseño y desarrollo de la guía de evaluación transdiagnóstica, se ejecutó en cuatro fases. Durante la primera fase, se llevó a cabo la revisión teórica de 50 artículos indexados en inglés y español publicados entre los años 2009 – 2015 de estudios de corte transdiagnóstico que permitieran establecer las variables transdiagnósticas (VT) con mayor soporte empírico asociado a los trastornos de ansiedad, estrés y depresión a partir de las variables perfeccionismo, rumiación cognitiva, afecto positivo y negativo, sensibilidad ansiosa e intolerancia a la incertidumbre. Se descartaron estudios con modelos transdiagnósticos en evaluación preliminar, particularmente las de naturaleza psicofísica y neurobiológica. Se realizó además una búsqueda de los instrumentos de medición y evaluación para la evaluación preliminar transdiagnóstica en un estudio correlacional transversal.

En la fase dos, a partir de los resultados arrojados en el estudio previo, el cual a través de la aplicación de una batería de pruebas con soporte transdiagnóstico en 333 participantes, el cual permitió identificar la correlación de las variables transdiagnósticas para los trastornos objeto de estudio (artículo en prensa), y así la construcción de un diagrama de flujo para la caracterización del proceso de evaluación con consultantes entre 18 a 70 años de edad con

signos y síntomas asociados a la depresión, ansiedad y estrés; adicionalmente el diseño de la guía de aplicación práctica como instrumentos de apoyo para los profesionales.

La guía se compone de un módulo de evaluación el cual tiene la siguiente estructura: duración sugerida, persona a la cual se encuentra dirigida, y actividad a realizar. En el módulo de evaluación se encuentran las estrategias para la validación de las hipótesis que se tengan en los casos de estrés, ansiedad y depresión, acorde a una serie de variables de orden transdiagnóstico, que permiten establecer los mantenedores de la conducta problemática actual.

El módulo fue planteado para un máximo de tres sesiones de evaluación con actividades específicas que pretender orientar al terapeuta a través de una serie de lineamientos, estos guían al profesional para determinar si la impresión diagnóstica está relacionada con problemáticas del estado del ánimo, estrés y/o ansiedad durante la primera sesión, sugiere la aplicación de una serie de pruebas para verificar las variables transdiagnósticas atribuidas a las hipótesis del problema y así determinar los posibles mantenedores de la conducta; en la tercera sesión el terapeuta explica la problemática al consultante y a sus cuidadores, y presenta la propuesta de intervención que considere más apropiada para el caso.

Durante la tercera fase, se realizó el diseño del formato para la evaluación del instrumento, enmarcado en los parámetros del mismo y así remitir a través de correo electrónico para la valoración de profesionales expertos en estudios de corte transdiagnóstico previamente seleccionados; con los resultados obtenidos se pretendió validar la guía de evaluación transdiagnóstica.

Finalmente, en la fase cuatro se realizó el análisis de los resultados obtenidos de la calificación otorgada por los jurados, teniendo en cuenta los siguientes componentes: cumplimiento de los objetivos, claridad, rigor científico y procedimiento sobre los aspectos evaluados de la guía por medio de índices de armonía interjueces según el Coeficiente de Correlación Intraclase. Igualmente, se realizaron las propuestas de ajuste de la guía y las recomendaciones para futuros estudios e investigaciones.

**Plan de análisis estadístico.** El análisis estadístico, se inició determinando las puntuaciones obtenidas por los jurados participantes con relación a la media y desviación estándar mínimo y máximo, a partir de la evaluación de los elementos: cumplimiento de los objetivos, claridad, rigor científico y procedimiento, de la guía de evaluación transdiagnóstica diseñada. Posteriormente, se analizó que no se presentaran diferencias estadísticamente significativas por medio de la U de Mann-Whitney. Finalmente, se estableció el índice de armonía ínter jueces por medio del Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) para medidas únicas, que de acuerdo a Landis y Koch (1977), las puntuaciones inferiores a .20 son fuerzas de concordancia pobres, .21 a .40 débiles, .41 a .60 moderadas, .61 a 80 buenas, y .81 a 1.00 muy buenas.

### Declaración de aspectos éticos

De acuerdo con los parámetros estipulados en la Ley 1090 y el código ético de la APA el presente estudio tuvo en cuenta aspectos éticos relacionados con anonimato, confidencialidad de la evaluación realizada por los jueces expertos.

### Resultados

A continuación, se presentan las puntuaciones obtenidas por los jurados participantes, de acuerdo a las sesiones y el módulo de evaluación propuestos en la guía de evaluación transdiagnóstica para los casos de depresión, ansiedad y/o estrés. En primer lugar, las puntuaciones obtenidas para cada jurado fueron: Jurado 1,  $M = 4.09$ , ( $DE = .83$ , mínima = 3 y máxima = 5) y para el Jurado 2,  $M = 3.55$ , ( $DE = 1.036$ , mínima = 1 y máxima = 5).

Así mismo, se puede afirmar que no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones totales de los jurados, las cuales fueron: *U de Mann-Whitney* = 43.500,  $W = 109.500$ ,  $Z = -1.193$  y  $p = .233$ .

A su vez, las medidas de asociación entre las puntuaciones de los jurados, mediante una correlación no paramétrica para variables ordinales con el Rho de Spearman ( $r_s = .64$ ,  $p = .032$ ) evidencian una correlación positiva y significativa entre las puntuaciones de los jurados. Del mismo modo, por medio de la revisión del índice de armonía interjueces obtenido con el

instrumento diseñado (consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach  $\alpha = .764$ ); se obtuvo, con el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) para medidas únicas, con una puntuación de  $CCI = .62$  ( $p = .016$ ) (ver tabla 1) considerado moderado de acuerdo a la estimación de Landis y Koch (1977).

**Tabla 1.** | Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) para medidas únicas obtenidas de los dos jurados evaluadores de la guía transdiagnóstica

|                | CCI | 95% de intervalo de confianza | F     | df1 | df2 | Sig  |
|----------------|-----|-------------------------------|-------|-----|-----|------|
| Medidas únicas | .62 | .066 y .881                   | 4.243 | 10  | 10  | .016 |

Fuente: Elaboración propia.

## Discusión

El propósito del presente estudio fue desarrollar y validar una guía de evaluación transdiagnóstica como una herramienta que permita mejorar los procesos de evaluación en casos de ansiedad, estrés y depresión, según las variables transdiagnósticas perfeccionismo, rumiación cognitiva, afecto positivo y negativo, sensibilidad ansiosa e intolerancia a la incertidumbre. De acuerdo con los resultados obtenidos, el módulo de evaluación y las sesiones que lo componen, evidencian que hubo un acuerdo favorable entre los jueces sin diferencias significativamente relevantes ( $U$  de Mann-Whitney = 43.500,  $W = 109.500$ ,  $Z = -1.193$  y  $p = .233$ ) lo que permite afirmar que el objetivo trazado se cumplió y la guía elaborada puede ser implementada en fase de pilotaje.

Cada una de las sesiones que componen el módulo de evaluación, se encaminaron a analizar la problemática del consultante teniendo como base las variables transdiagnósticas en los casos de depresión, ansiedad y/o estrés; teniendo en cuenta que el modelo transdiagnóstico ha demostrado proveer respuestas más efectivas a trastornos específicos que presentan altas tasas de comorbilidad y covariación (Belloch, 2012). De esta forma, el resultado del

módulo de evaluación permite identificar los mantenedores específicos que ofrecen al terapeuta una alternativa para la implementación de un tratamiento ajustado a las necesidades específicas de los consultantes, es así que, de acuerdo con los datos obtenidos en la evaluación por jueces, tanto las sesiones como el módulo de evaluación transdiagnóstica se encuentra un adecuado nivel de acuerdo, lo que indica una buena estructura.

Sin embargo, aunque en las sesiones correspondientes al módulo de evaluación tuvieron un alto grado de acuerdo, y evidencian concordancia con los objetivos planteados y estrategias propuestas, en factores como la claridad y el rigor científico, se obtuvo una baja concordancia, lo cual puede explicarse, por los conceptos de los jueces de acuerdo a la teoría transdiagnóstica y su aplicación, o necesitan una revisión mucho más detallada.

De acuerdo con Mansell, Harvey, Watkins y Shafran (2009), se puede afirmar que dentro del modelo transdiagnóstico existen variaciones que buscan explicar la conducta humana, encontrándose así, explicaciones del malestar que se basan en los síntomas, determinando un rango limitado de conductas en múltiples procesos, así mismo, se encuentran los que hacen referencia a procesos cognitivos que subyacen a diferentes trastornos; otros, que son procesos simples pero universales para la mayoría de problemáticas conductuales y finalmente, universales presentes para la mayoría de trastornos con o sin una teoría integrativa. Por esta razón, la guía de evaluación transdiagnóstica tiene en cuenta la variación basada en síntomas e integrativa de múltiples procesos de acuerdo con las variables que utiliza para la evaluación de problemáticas del estado del ánimo, ansiedad y estrés.

Se puede evidenciar que la elección de sesiones que conforman el módulo de evaluación, están basadas en la comorbilidad estadística de las variables transdiagnósticas encontradas a raíz del estudio realizado previamente (documento en prensa), por lo cual se considera importante, contar con una nueva evaluación por múltiples jueces externos que permita tener mayores criterios para comenzar la revisión de la estructura de los módulos independiente del diagnóstico inicial y con miras hacia la implementación final de intervención, para el abordaje de las hipótesis de mantenimiento asociadas a problemáticas de los estado del ánimo, ansiosos y estresantes, considerando, las variables transdiagnósticas, debido a la alta covariación y comorbilidad estadística entre estas con los trastornos mencionados. De igual forma, se con-

sidera pertinente iniciar un proceso de pilotaje de la guía de forma que se pueda identificar la eficacia terapéutica de la misma.

No obstante, se puede afirmar que las evidencias de la adopción del enfoque transdiagnóstico en un sistema de evaluación de mantenedores de la conducta, en casos de ansiedad, depresión y/o estrés, por medio de la identificación de variables transdiagnósticas (Sandín, Chorot, & Valiente, 2012), puede a su vez, determinar y minimizar en número de sesiones empleadas en la evaluación, independientemente de las estrategias de recolección de datos propuestos por el investigador, en donde los jurados de la guía propuesta tuvieron una baja concordancia, debido al desacuerdo en relación con la identificación de la sospecha diagnóstica y su relación con el modelo transdiagnóstico.

Por otra parte, dentro de las limitaciones del estudio se encuentra que se contó solamente con dos evaluadores expertos que hicieron observaciones sobre las sesiones y el módulo de evaluación de la guía, es por esto, que se hace pertinente que se cuente con un sistema más riguroso de evaluación, como el método de análisis de varianza múltiple interjueces, para así mejorar la pertinencia, coherencia, claridad y relevancia de la guía.

Finalmente, se hace necesario, realizar la implementación del pilotaje de la guía, por medio de la validez ecológica y el análisis de eficacia del módulo, con el fin de identificar su impacto a nivel terapéutico en términos de utilidad y eficacia. Para finalizar, es importante, que se asegure la adaptación y baremación de las escalas que conforman la guía a población colombiana con el fin de asegurar estrategias de evaluación que se ajusten a las necesidades y contextos de los consultantes.

## Referencias

- Aldao, A. (2012). Estrategias de regulación emocional como procesos transdiagnósticos: Una visión más detenida sobre la invarianza de su forma y función. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 261-277.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 295-311.
- Belloch, A., Sandín B. & Ramos, F. (2009). El estrés. En Belloch, A., Sandín B. & Ramos, F. (comp.) *Manual de Psicopatología. Volumen II* (pp. 3-40). España: Mc Grand Hill.
- Behar, R., Barahona, M., Iglesias, B., & Casanova, D. (2007). Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 45(3), 211-220.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & Mennin, D. S. (Eds.), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice* (pp. 143-163). New York: The Guilford Press.
- Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25(5), 551-558. doi:10.1023/A:1005553414688
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 279-294.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *Psychiatry*, 137, 535-544.
- Ezquiaga-Terrazas, E., García-López, A., Díaz de Neira, M., & García-Barquero, M. J. (2011). "Depresión": Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(3), 457-475.

- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14*(5), 449-468. doi:10.1007/BF01172967
- Gómez-Restrepo, C., de Santacruz, C., Rodriguez, M. N., Rodriguez, V., Tamayo Martínez, N., Matallana, D., & Gonzalez, L. M. (2016). Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 45*, 2-8. doi:10.1016/j.rcp.2016.04.007
- Heinze, G., & Palacios, L. (2002). Trastorno por estrés postraumático: Una revisión del tema (Primera Parte). *Salud Mental, 25*, 19-26.
- Jiménez-Torres, M. G., Martínez, M. P., Miró, E., & Sánchez, A. I. (2012). Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. *Anales de Psicología, 28*(1), 28-36.
- Johnston, L., Titov, N., Andrews, G., Spence, J., & Dear, B. F. (2011). A RCT of a transdiagnostic internet-delivered treatment for three anxiety disorders: examination of support roles and disorder-specific outcomes. *PLoS One, 6*(11), e28079.
- Kemper, C. J., Lutz, J., Bähr, T., Rüdell, H., & Hock, M. (2012). Construct validity of the Anxiety Sensitivity Index-3 in clinical samples. *Assessment, 19*(1), 89-100. doi:10.1177/1073191111429389
- Koerner, N., & Dugas, M. J. (2008). An investigation of appraisals in individuals vulnerable to excessive worry: The role of intolerance of uncertainty. *Cognitive Therapy and Research, 32*(5), 619-638. doi:10.1007/s10608-007-9125-2
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics, 33*, 159-174.
- Larsen, R. J., & Ketelaar, T. (1989). Extraversion, neuroticism and susceptibility to positive and negative mood induction procedures. *Personality and Individual Differences, 10*(12), 1221-1228.
- Lotfi, M., Bakhtiyari, M., Asgharnezhad-Farid, A. A., & Amini, M. (2014). Comparison of the effect of transdiagnostic Therapy and cognitive-behavior therapy on patients with emotional disorders: A randomized clinical trial. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences, 16*(Suppl 1), 15-18.
- Mahoney, A. E. J., & McEvoy, P. M. (2012). A Transdiagnostic Examination of Intolerance of Uncertainty across Anxiety and Depressive Disorders. *Cognitive Behaviour Therapy, 41*(3), 212-222. doi:10.1080/16506073.2011.622130.

- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual Foundations of the Transdiagnostic Approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23(1), 6-15. doi:10.1891/0889-8391.23.1.6
- Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862. Available at [http://www.aepc.es/ijchp/GNEIP07\\_es.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/GNEIP07_es.pdf)
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424. doi:10.1111/j.17456924.2008.00088.x.
- Pereira, M. L. N. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), 171-190.
- Quant, D., & Trujillo, S. (2014) Psicología clínica basada en la evidencia y su impacto en la formación profesional, la investigación y la práctica clínica. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2), 123-136.
- Robles, R., & Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud Mental*, 26, 69-75.
- Regeiro, R., & León, O. (2003). Estrés en decisiones cotidianas. *Psicothema*, 15(4), 533-538.
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 773-791. doi:10.1016/S0005-7967(01)00059-6
- Sandín, B. (2012). Transdiagnóstico y psicología clínica: Introducción al número monográfico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 181-184.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., & Chorpita, B. F. (2010). Development of a 30-ítem version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(3), 165-178.
- Stoeber, J., Schneider, N., Hussain, R., & Matthews, K. (2014). Perfectionism and Negative Affect After Repeated Failure Anxiety, Depression, and Anger. *Journal of Individual Differences*, 35(2), 87-94. doi:10.1027/1614-0001/a000130
- Stuart, S. A., Butler, P., Munafò, M. R., Nutt, D. J., & Robinson, E. S. (2013). A translational rodent assay of affective biases in depression and antidepressant therapy. *Neuropsychopharmacology*, 38(9), 1625-1635.

- Suárez, P. S., García, A. M. P., Rueda, B., & Ruiz, M. Á. (2008). Estilos explicativos y afecto negativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *13*(1), 45-52.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., & Cárdenas, S. J. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3). *Psychological Assessment*, *19*(2), 176-188. doi:10.1037/1040-3590.19.2.176
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, *96*(3), 465-490. doi:10.1037/0033-2909.96.3.465
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1984). Cross-cultural convergence in the structure of mood: A Japanese replication and a comparison with U.S. findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, *47*(1), 127-144. doi:10.1037/0022-3514.47.1.127
- Wilson, K. A., & Hayward, C. (2006). Unique contributions of anxiety sensitivity to avoidance: A prospective study in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(4), 601–609. doi:10.1016/j.brat.2005.04.005