



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
CAMPO DE CONOCIMIENTO: PSICOLOGÍA Y SALUD

**INTOLERANCIA A LA INCERTIDUMBRE Y DESREGULACIÓN EMOCIONAL
EN DEPRESIÓN Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTORA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ALEJANDRINA HERNÁNDEZ POSADAS

TUTORES PRINCIPALES

DRA. ANABEL DE LA ROSA GÓMEZ, FES IZTACALA, UNAM
DR. THEO BOUMAN, UNIVERSIDAD DE GRONINGEN

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ, FES IZTACALA, UNAM
DRA. MIRIAM LOMMEN, UNIVERSIDAD DE GRONINGEN
DRA. ADRIANA F. DEL PALACIO GONZÁLEZ, UNIVERSIDAD DE AARHUS &
NOVO NORDISK A/S

MÉXICO, CDMX. ABRIL 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A la UNAM y al CONAHCYT por brindarme la oportunidad de formarme en un programa de posgrado. Es un verdadero orgullo pertenecer a una institución tan respetada.

A mi familia, gracias por apoyar mi decisión de estudiar lejos y, ahora, aún más lejos en esta etapa. Gracias por seguir apoyando mis próximas aventuras. Siento su amor y su orgullo.

A la Dra. Anabel de la Rosa porque no solo me ha inspirado a ser una mejor investigadora, sino que también compartió generosamente sus conocimientos y me brindó su apoyo incondicional, creyendo en mí durante todo el proceso de doble titulación. Te admiro muchísimo, Anabel.

A la Dra. Miriam Lommen y al Dr. Theo Bouman por creer en mí, recibirme y orientarme en la Universidad de Groningen, aportándome no solo académicamente, sino también en experiencia de vida.

Al Dr. Juan Manuel Mancilla y la Dra. Adriana del Palacio por su valiosa retroalimentación y apoyo durante todo el doctorado.

A todos mis profesores del doctorado que compartieron sus conocimientos a lo largo de la duración del programa.

Al Programa de Maestría y Doctorado en Psicología en la UNAM y a la Faculty of Behavioural and Social Sciences en la Universidad de Groningen por brindarme la oportunidad de formarme como investigadora.

A todas las personas que estuvieron involucradas en mi camino hacia el programa de doble titulación entre la Universidad de Groningen y la Universidad Nacional Autónoma de México, son más de las que puedo mencionar.

A mis amigas y amigos, pilares importantes de este proyecto, gracias por su escucha, cariño y apoyo en todo momento.

Contenido

Abstract.....	1
Resumen	2
Samenvatting	3
Antecedentes.....	4
Epidemiología y Prevalencia en México	4
Epidemiología y Prevalencia en los Países Bajos.....	5
Comorbilidad	7
Modelos Teóricos de la Psicopatología.....	10
Factores de Vulnerabilidad Cognitiva y Emocional	13
Modelos Transdiagnósticos	16
Factores Transdiagnósticos.....	20
Intolerancia a la Incertidumbre	21
Intolerancia a la Incertidumbre y Síntomas de Depresión	22
Intolerancia a la Incertidumbre y Síntomas de Estrés Postraumático.....	23
Desregulación Emocional	24
Desregulación Emocional y Síntomas de Depresión	25
Desregulación Emocional y Síntomas de Estrés Postraumático.....	26
Rumia.....	27
Rumia y Síntomas de Depresión.....	28
Rumia y Síntomas de Estrés Postraumático.....	29
Factores Contextuales: Comparación Entre Países	30
Justificación	31
Etapa I: Adaptación y Propiedades Psicométricas de la IUS-12M	35
Antecedentes.....	35
Método.....	37
Participantes.....	37
Instrumentos.....	37
Procedimiento	39
Análisis Estadísticos	40
Resultados.....	41
Discusión	47
Conclusión.....	51
Etapa II: Evaluación del modelo Transdiagnóstico.....	52

Antecedentes.....	52
Método.....	54
Objetivo.....	54
Hipótesis	54
Participantes.....	55
Variables	56
Instrumentos.....	59
Diseño	62
Tamaño de la muestra	62
Procedimiento	63
Análisis estadísticos.....	63
Resultados.....	64
Análisis Descriptivos	64
Modelo de Ecuaciones Estructurales	66
Análisis de Mediación.....	69
Análisis de Moderación	70
Discusión	75
Conclusión.....	80
Referencias	81
Apéndice A. Estudios Incluidos en la Revisión Sistemática.....	112

Abstract

Depression and post-traumatic stress symptoms exhibit a high prevalence and comorbidity. Previous studies suggest that various transdiagnostic cognitive and emotional factors, including intolerance of uncertainty, emotional dysregulation, and rumination, are predictors of these symptoms. However, research on transdiagnostic factors has mainly focused on North America and Europe, leaving limited knowledge about these factors and their associations in other regions, such as Latin America. The current study consisted of two phases: Phase I involved culturally adapting and validating a questionnaire to measure intolerance of uncertainty (IUS-12 scale) in a Mexican sample. Phase II, a transdiagnostic model was tested in both a Mexican and a Dutch sample, with social support and family cohesion examined as moderators. Data were collected in two different countries: Mexico (N = 399) and the Netherlands (N = 358). A strong positive correlation was found between depression and post-traumatic stress symptoms in both samples. Emotional dysregulation and rumination acted as mediators in the relationship between intolerance of uncertainty and depression and post-traumatic stress symptoms, with consistent results in both countries. However, differences were observed in the moderation analysis between the Mexican and Dutch samples. These findings highlight the importance of addressing transdiagnostic factors for a more comprehensive treatment of depression and post-traumatic stress symptoms. They also underscore the significance of considering cultural variables when examining the relationships between transdiagnostic factors and psychopathology.

Keywords: *intolerance of uncertainty, emotional dysregulation, rumination, depression, post-traumatic stress, transdiagnostic*

Resumen

Las sintomatologías de depresión y el estrés postraumático presentan una alta prevalencia y comorbilidad. Estudios previos sugieren que varios factores cognitivos y emocionales transdiagnósticos, como la intolerancia a la incertidumbre, la desregulación emocional y la rumia, son predictores de estos síntomas. Sin embargo, la investigación sobre factores transdiagnósticos se ha centrado principalmente en América del Norte y Europa, dejando un conocimiento limitado sobre estos factores y sus asociaciones en otras regiones, como América Latina. El estudio actual constó de dos etapas: la Etapa I implicó la adaptación cultural y validación de una escala para medir la intolerancia a la incertidumbre (IUS-12) en una muestra mexicana. En la Etapa II, se probó un modelo transdiagnóstico en una muestra mexicana y otra neerlandesa, examinando el apoyo social y la cohesión familiar como moderadores. Los datos se recopilaron en dos países diferentes: México (N = 399) y los Países Bajos (N = 358). Se encontró una fuerte correlación positiva entre los síntomas de depresión y estrés postraumático en ambas muestras. La desregulación emocional y la rumia actuaron como mediadores en la relación entre la intolerancia a la incertidumbre y estos síntomas, resultados consistentes en ambos países. Sin embargo, se observaron diferencias entre las muestras mexicana y neerlandesa en el análisis de moderación. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar los factores transdiagnósticos para un tratamiento más integral de la depresión y el estrés postraumático. Asimismo, subrayan la importancia de considerar variables culturales al examinar las relaciones entre los factores transdiagnósticos y la psicopatología.

Palabras claves: *intolerancia a la incertidumbre, desregulación emocional, rumia, depresión, estrés post traumático, transdiagnóstico*

Samenvatting

Depressie en posttraumatische stresssymptomen vertonen een hoge prevalentie en comorbiditeit. Eerdere studies suggereren dat verschillende transdiagnostische cognitieve en emotionele factoren, waaronder intolerantie voor onzekerheid, emotionele dysregulatie en piekeren, voorspellers zijn van deze symptomen. Echter, onderzoek naar transdiagnostische factoren heeft zich voornamelijk gericht op Noord-Amerika en Europa, waardoor er weinig kennis is over deze factoren en hun samenhang in andere regio's, zoals Latijns-Amerika. De huidige studie bestond uit twee fasen: In fase I werd een vragenlijst om intolerantie voor onzekerheid te meten (IUS-12-schaal) cultureel aangepast en gevalideerd in een Mexicaanse steekproef, en in fase II werd een transdiagnostische model getest in zowel een Mexicaanse als een Nederlandse steekproef, waarbij sociale steun en de gezinsband als moderatoren werden getoetst. Gegevens werden verzameld in twee verschillende landen: Mexico (N = 399) en Nederland (N = 358). Er werd een sterke positieve correlatie gevonden tussen depressie- en post-traumatische stresssymptomen in beide steekproeven. Emotionele dysregulatie en piekeren fungeerden als mediators in de relatie tussen intolerantie voor onzekerheid en depressie- en post-traumatische stresssymptomen, met consistente resultaten in beide landen. Er werden echter verschillen waargenomen tussen de Mexicaanse en Nederlandse steekproeven in de moderatie-analyse. Deze bevindingen benadrukken het belang van het aanpakken van transdiagnostische factoren voor een meer geïntegreerde behandeling van depressie- en post-traumatische stresssymptomen. Ze onderstrepen ook het belang van het overwegen van culturele variabelen bij het onderzoeken van de relaties tussen transdiagnostische factoren en psychopathologie.

Trefwoorden: *intolerantie voor onzekerheid, emotionele ontregeling, herkauwen, depressie,*

Antecedentes

Epidemiología y Prevalencia en México

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su último informe de estimaciones sanitarias mundiales: depresión y otros trastornos mentales comunes, indica que la prevalencia mundial de los trastornos depresivos en el año 2015 se sitúa en un 4.4%. Este trastorno afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo y presenta una mayor incidencia en mujeres (5.1%) que en hombres (3.6%). Es importante destacar que los trastornos depresivos han sido catalogados a nivel global como uno de los principales factores que contribuyen significativamente al deterioro de la salud y la discapacidad (WHO, 2017).

La OMS (2017) estima que en México la prevalencia del trastorno depresivo en México para el año 2015 fue del 4.2%. Sin embargo, según los resultados de la Encuesta Nacional de Depresión en Adultos, reveló que la tasa de prevalencia de los síntomas de depresión en los últimos 12 meses fue del 4.5% (5.8% entre las mujeres y 2.5% entre los hombres), y una tasa de prevalencia de por vida del 6.2 %. La alta prevalencia se relacionó con las edades más avanzadas (mayores de 60) y niveles de escolaridad más bajos (Belló et al., 2005). Estudios más recientes indican un aumento en la prevalencia de síntomas depresivos en México. En 2012, la prevalencia de estos síntomas fue del 14%, mientras que en 2018 se registró un 13.6%. Asimismo, se observó que un bajo porcentaje de personas (2.4%) mencionó haber recibido tratamiento y un diagnóstico (Cerecero-García et al., 2020).

Por otra parte, los estudios epidemiológicos internacionales sugieren que más del 70% de la población general experimentará un evento traumático en algún momento de sus vidas (Kessler et al., 2017), lo que podría predisponerlos al desarrollo de síntomas elevados de estrés postraumático o al diagnóstico de trastorno por estrés postraumático (TEPT). Se estima que la prevalencia del TEPT a lo largo de la vida es del 8%, siendo más alta en mujeres (APA, 2013; Kessler et al., 2005).

En México, según la última encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de 2004, el 68% de la población adulta experimentó sucesos susceptibles de desarrollar síntomas clínicamente relevantes de TEPT. Los sucesos más comunes fueron muerte de un familiar (26.9%), exposición a un asalto con amenaza de arma (24.6%), accidente de tránsito (21.4%), violencia intrafamiliar (20.3%). La prevalencia de los síntomas de TEPT en los últimos 12 meses fue del 1.45%, siendo más alta en mujeres con un 2.3% y en hombres con un 0.49% (Medina-Mora et al., 2005). Sin embargo, en un estudio más reciente realizado con estudiantes universitarios adultos reportó que el porcentaje de exposición a sucesos traumáticos asociados con el desarrollo de sintomatología de TEPT fue del 78% (Mendoza-Mojica et al., 2013).

Epidemiología y Prevalencia en los Países Bajos

La OMS (2017) estima que, en los Países Bajos, la prevalencia del trastorno de depresión para el año 2015 fue del 4.7%. El segundo Estudio de Incidencia y Encuesta de Salud Mental de los Países Bajos (NEMESIS-2) estimó que el trastorno individual más prevalente era la depresión mayor, con una tasa de prevalencia de 5.2% en los últimos 12

meses y una tasa de prevalencia a lo largo de la vida del 18.7%. Estas tasas de prevalencia fueron más altas en el grupo de edad más joven (18-24 años) y entre aquellos con niveles de educación más bajos (De Graaf et al., 2012). En un estudio más reciente, se reportó que la prevalencia de síntomas de depresión en los últimos 12 meses aumentó a un 8.5%. Se observó que las tasas eran relativamente más altas en las mujeres (10.4%) que en los hombres (6.7%) (Ten Have et al., 2023).

En los Países Bajos, la prevalencia de TEPT a lo largo de la vida se estima en un 7.4%, siendo las mujeres y las personas más jóvenes las que presentaron un mayor riesgo de desarrollar TEPT. Asimismo, aproximadamente el 80.7% de la población general en los Países Bajos informó haber estado expuesta a uno o más eventos traumáticos a lo largo de su vida (De Vries & Olf, 2009). Un estudio reciente que examinó la prevalencia de eventos potencialmente traumáticos en la población general reveló que el 71.1% de las personas habían estado expuestas a algún evento traumático. Además, se encontró que las mujeres tenían una probabilidad significativamente mayor de experimentar un evento traumático en comparación con los hombres. Entre los eventos más frecuentes reportados se encontraban la pérdida de un ser querido (que no sea hijo o pareja) (26.4%), divorcio (8.6 %), enfermedad de un ser querido (7.1 %) y abuso sexual (2.5 %). En este estudio se encontraron tasas significativamente más altas de TEPT significativamente entre las mujeres y el grupo de mediana edad (45–54 años) (Knipscheer et al., 2020).

Cabe señalar que la sintomatología depresiva es un problema de salud pública no solo debido a su alta prevalencia, sino también por sus graves consecuencias en términos de mortalidad, discapacidad y deterioro de la calidad de vida. Los síntomas de depresión se

encuentran relacionados con el deterioro funcional y de calidad de vida de los individuos (Fried & Nesse, 2014). Este deterioro puede variar desde afectar de manera leve la vida diaria hasta incapacitar a las personas para atender sus necesidades básicas de cuidado personal. Asimismo, presentan mayores dificultades en sus relaciones interpersonales, disminución de la productividad, enfermedades físicas y altas tasas de suicidio (APA, 2013; Berlim & Fleck, 2007). De igual manera, la sintomatología de estrés postraumático se encuentra asociados con el deterioro de la relaciones sociales y familiares, la calidad de vida, ausentismo laboral, menor éxito educativo y laboral, ingresos más bajos y mayor riesgo de ideación suicida (APA, 2013; Outcalt et al., 2015).

Ante las alarmantes cifras y crecimiento acelerado de los trastornos mentales, la Organización Mundial de la Salud aboga por convertir el tema de promoción y prevención del campo de la salud mental en una prioridad actual. El plan de acción integral sobre la salud mental surge con la finalidad de fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos, reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales. Para ello es de suma importancia fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental (World Health Organization, 2021).

Comorbilidad

Los trastornos mentales rara vez se presentan de forma aislada, generalmente más de la mitad de los pacientes diagnosticados presentan al menos otro trastorno mental secundario (Sandín et al., 2012). Un estudio que evaluó las tasas y patrones de comorbilidad de varios

trastornos emocionales encontró que más del 57% de los pacientes con un diagnóstico principal tenían al menos un trastorno adicional. Esta cifra aumentó a más del 75% cuando se tuvieron en cuenta los diagnósticos a lo largo de toda la vida. En particular, el TEPT tuvo una tasa de comorbilidad del 92%, el trastorno depresivo mayor 69%, la distimia 76% y el trastorno de ansiedad 65% (Brown et al., 2001; Lamers et al., 2011).

Entre estos trastornos, el trastorno depresivo mayor muestra una de las tasas más altas de comorbilidad asociada a diferentes psicopatologías. Este hallazgo se respalda mediante el análisis de datos de comorbilidad en cuatro muestras epidemiológicas nacionales de Estados Unidos, los Países Bajos y Australia (Watson, 2009). Los resultados de este estudio indicaron que los diagnósticos de depresión mayor correlacionaron en un 0.64 con el trastorno de ansiedad generalizada, 0.57 con el trastorno obsesivo compulsivo, 0.56 con TEPT, 0.55 con el trastorno de pánico, 0.50 con fobia social, 0.48 con agorafobia y 0.45 con fobia específica.

En el caso de TEPT, estudios epidemiológicos informan que alrededor del 80% de los pacientes diagnosticados pueden tener trastornos comórbidos, incluyendo trastorno de depresión y ansiedad y el consumo de sustancias (Foa et al., 2000). Entre los individuos que cumplen los criterios para un diagnóstico de TEPT, del 48 al 55% también cumplen los criterios para un diagnóstico de depresión mayor (Elhai et al., 2008). El trastorno depresivo mayor presenta una alta comorbilidad con el TEPT (Brady et al., 2000). Esta elevada tasa de comorbilidad persiste incluso después de controlar los síntomas superpuestos (Brady et al., 2000; Elhai et al., 2008; Grubaugh et al., 2010).

Las personas con sintomatología de depresión mayor y TEPT comórbidos reportan niveles más bajos de funcionamiento, síntomas más graves y resultados de tratamiento más pobres (Brady et al., 2000). Desde el punto de vista del curso y pronóstico de estos trastornos, la presencia de comorbilidad conlleva dificultades para su diagnóstico, manejo clínico, mayores probabilidades de resistencia a los tratamientos, recurrencia y utilización de recursos sanitarios (Clark et al., 2012).

Sin embargo, a pesar de la evidencia de las altas tasas de comorbilidad y la superposición de síntomas, pocas investigaciones se han centrado en los mecanismos psicológicos que pudieran contribuir los síntomas de estrés postraumático (Brady et al., 2000). Al contrario, gran parte de la investigación sobre estas sintomatologías se ha centrado en su contribución individual a la psicopatología (Hong & Cheung, 2015), y existe una evidencia limitada sobre cómo pueden interactuar entre sí. Por lo tanto, es necesario que las investigaciones futuras se centren en comprender mejor los mecanismos que subyacen a la comorbilidad y la superposición de síntomas de depresión y estrés postraumático.

Por lo tanto, para abordar de manera efectiva las dificultades asociadas con la comorbilidad de los trastornos, es fundamental comprender los mecanismos subyacentes de la psicopatología. Los modelos teóricos explicativos nos ayudan a comprender los factores implicados en la etiología de los trastornos mentales. Por lo tanto, es importante explorar los distintos enfoques teóricos que nos brinden información sobre los orígenes y las causas tanto de los síntomas de depresión como los síntomas de estrés postraumático. A continuación, se

examinan las diferentes aproximaciones teóricas sobre el origen o causas de los síntomas de depresión y los síntomas de estrés postraumático.

Modelos Teóricos de la Psicopatología

La literatura científica abarca diversas aproximaciones teóricas que tienen como objetivo dilucidar las causas subyacentes de los síntomas de depresión y estrés postraumático. Entre ellos destacan el modelo biológico y los modelos psicológicos, incluidos los modelos conductuales, cognitivos y emocionales.

El modelo biológico establece que los cambios bioquímicos en el organismo pueden dar origen a una psicopatología (Ferrari & Villa, 2016). En el caso de los síntomas de depresión, esta aproximación teórica expone que el surgimiento de la variedad de síntomas depresivos se debe a alteraciones en los sistemas de neurotransmisión cerebrales y sistemas metabólicos (Latanov et al., 2019). Según este modelo, el tratamiento farmacológico más eficaz son los antidepresivos, los cuales actúan sobre la función de la serotonina a nivel del sistema nervioso central (Cowen & Browning, 2015; Heerlein, 2002). Los antidepresivos clasificados como inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) han demostrado ser eficaces reduciendo los síntomas depresivos, con menos efectos secundarios y baja toxicidad. Sin embargo, a pesar de los resultados favorables con los antidepresivos estos solo son eficaces en aproximadamente 70% de los casos y no logran prevenir efectivamente los episodios de recaídas (Korman & Sarudiansky, 2011).

En relación con los síntomas de estrés postraumático, el modelo biológico considera

que la activación de múltiples áreas cerebrales y sistemas de neurotransmisores en respuesta al miedo y estrés pueden resultar desadaptativas y contribuir a su desarrollo (Pitman et al., 2012). Desde este modelo, el tratamiento farmacológico, como el uso de antidepresivos y los estabilizadores del estado del ánimo, tienen como objetivo reducir la frecuencia y la gravedad de los síntomas intrusivos. Si bien los tratamientos farmacológicos han demostrado resultados positivos en la reducción de ciertos síntomas asociados con el estrés postraumático, sus efectos suelen ser moderados y no siempre son efectivos (Morgan, 2020).

A continuación, los modelos conductuales intentan dar explicación a las respuestas típicas de la conducta anormal fundamentándose en las teorías del aprendizaje y mediante los principios del condicionamiento clásico y operante. Esta aproximación sostiene que el desarrollo y la persistencia de síntomas depresivos son el resultado de la incapacidad del ambiente (entorno) para reforzar eficazmente los comportamientos no depresivos (Maitland et al., 2019). Con respecto a los síntomas de estrés postraumático, este enfoque plantea que cualquier acontecimiento inicialmente neutro puede provocar respuestas de miedo y ansiedad por su asociación con el estímulo traumático original (Zayfert et al., 2008).

Posteriormente, las teorías cognitivas de la psicopatología sostienen que son los patrones cognitivos desadaptativos los que confieren riesgos elevados de desarrollo de síntomas psicopatológicos. En particular Beck (2002) manifiesta que más que los eventos en sí mismos, es la interpretación de los acontecimientos la que determina las reacciones emocionales y los pensamientos desadaptativos que conducen a reacciones psicológicas inadecuadas que vuelven vulnerables a los individuos (Beck, 2002). Con respecto a los síntomas de depresión, los modelos cognitivos plantean que sus orígenes se dan a partir de

ideas erróneas acerca de la realidad. Las personas con síntomas depresivos poseen esquemas distorsionados de la realidad y mantienen una visión negativa del mundo (Beck & Alford, 2009). Por otro lado, las teorías cognitivas específicas para los síntomas de estrés postraumático, proponen que su aparición está relacionado con las dificultades que el sistema cognitivo enfrenta para integrar efectivamente la información nueva asociada con la sensación actual de amenazas del evento traumático y/o sus consecuencias con la memoria autobiográfica (Bisson, 2009; Ehlers & Clark, 2000).

Finalmente, los modelos emocionales resaltan la influencia de las emociones en el funcionamiento psicológico (Hervás, 2011). Los modelos centrados en la regulación emocional han establecido que el uso de estrategias de regulación emocional inadecuadas contribuye al desarrollo y mantenimiento de síntomas psicopatológicos (Aldao et al., 2010; Cludius et al., 2020). Dentro de la investigación sobre las dificultades de regulación emocional, se encuentra el modelo de proceso de regulación emocional (Gross, 2015) y el modelo extendido de proceso de regulación emocional (Sheppes et al., 2015). Estos modelos se enfocan en el uso de estrategias específicas de regulación emocional y sus consecuencias. Un enfoque conceptual alternativo se ha centrado en los déficits en el funcionamiento emocional, su regulación y su relación con niveles elevados de sintomatología psicopatológica (Brockmeyer et al., 2012; Gratz & Roemer, 2004). Asimismo, teorías recientes han enfatizado la importancia de utilizar estrategias flexibles y han demostrado que los resultados de las estrategias de regulación emocional pueden ser específicos del contexto (Aldao et al., 2015).

Los tratamientos psicológicos con mayor apoyo empírico para los síntomas de depresión y el estrés postraumático han sido las intervenciones con orientación cognitivo-

conductual (Karyotaki et al., 2017; Watts et al., 2013). Específicamente para el tratamiento de los síntomas de depresión, estudios controlados aleatorizados y de metaanálisis han demostrado que la terapia cognitiva-conductual (TCC) es un método eficaz con mejores efectos a largo plazo en comparación con la terapia farmacológica (Hollon et al., 2005; Kamenov et al., 2017; Spielmans et al., 2011). Asimismo, la TCC logró reducir el riesgo de recaídas y recurrencias más que los tratamientos estándar a largo plazo (Kline et al., 2018; Paykel, 2007). En el caso de los síntomas de estrés postraumático, los resultados de varios estudios meta analíticos revelaron que la TCC es un eficaz tratamiento para TEPT (Bradley et al., 2005; Cusack et al., 2016; Watts et al., 2013). La TCC ha demostrado ser eficaz y con un menor porcentaje de abandono que el tratamiento farmacológico (Cuijpers et al., 2013).

Sin embargo, a pesar de los avances en los tratamientos psicofarmacológicos y la evidencia que demuestran su eficacia, las tasas de prevalencia de estas sintomatologías continúan creciendo aceleradamente. En su mayoría, los protocolos de tratamiento actuales se han diseñado para abordar los trastornos específicos sin tomar en cuenta la comorbilidad. Por consiguiente, dadas las limitaciones que se han documentado al respecto de la eficacia de los tratamientos específicos para abordar los factores que complican el solapamiento de síntomas diagnósticos. Esto ha generado un creciente interés en el estudio de los factores de vulnerabilidad involucrados en el desarrollo y mantenimiento de múltiples trastornos.

Factores de Vulnerabilidad Cognitiva y Emocional

Como se mencionó previamente, las teorías cognitivas de la psicopatología establecen que los factores de vulnerabilidad cognitiva constituyen patrones distorsionados de

codificación, interpretación y recuperación de información desadaptativos y que aumentan el riesgo de desarrollar síntomas de psicopatología en las personas que los presentan (Riskind & Alloy, 2006). Estos factores de vulnerabilidad cognitiva proporcionan una explicación de quiénes son propensos a desarrollar un determinado trastorno, en qué circunstancias y qué tipos de trastornos pueden presentarse. Además, se consideran posibles causas (distales) que preceden a la aparición o recurrencia de la sintomatología psicopatológica (Riskind & Black, 2005).

Algunas aproximaciones cognitivas conceptualizan a cada trastorno psicológico en función de su contenido cognitivo particular. De modo que, una vulnerabilidad cognitiva se ha definido como específica de un trastorno. Es decir, predice exclusivamente una forma específica de psicopatología y no otras. Por lo cual, tradicionalmente los investigadores las han estudiado de forma aislada y se han enfocado en delinear los mecanismos cognitivos precisos involucrados en el desarrollo de categorías individuales de síntomas (Hong & Cheung, 2015). Cabe señalar que los sistemas de clasificación actuales para diagnóstico psiquiátrico están basados en categorías definidas por sus características clínicas individuales y no en supuestos etiológicos (Belloch, 2012).

Sin embargo, los elevados datos de comorbilidad entre los trastornos mentales suponen un desafío a la singularidad de las vulnerabilidades y la conceptualización categorial de la psicopatología. Si bien las vulnerabilidades cognitivas predicen los síntomas correspondientes a los que están teóricamente vinculados, también muestran asociaciones con otros síntomas inesperados. Este patrón de resultados se ha demostrado en estudios meta analíticos para la rumia (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Olatunji et al., 2013), la sensibilidad a la ansiedad

(Naragon-Gainey, 2010), y la intolerancia a la incertidumbre (Gentes & Ruscio, 2011). Estos estudios encontraron que las vulnerabilidades cognitivas se asociaron con diversas categorías de síntomas, y estas asociaciones se mantuvieron incluso después de controlar la superposición entre los factores cognitivos y las diferentes categorías de síntomas. Además, los factores cognitivos también mostraron asociaciones entre sí, y se ajustaron en una única estructura factorial central común, lo que sugiere que comparten un núcleo común (Hong & Cheung, 2015).

En el caso de los factores afectivos, la regulación emocional ha demostrado tener influencia en muchas áreas de funcionamiento psicológico (Hervás, 2011). Específicamente, la investigación ha indicado que el uso de estrategias de regulación emocional desadaptativas, como la supresión y la evitación experiencial, se asocia con una amplia gama de trastornos mentales, como la ansiedad, la depresión, el consumo de sustancias y los trastornos alimentarios (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010) y el trastorno límite de la personalidad (Carpenter & Trull, 2013).

Asimismo, los déficits en el funcionamiento emocional también se han relacionado con niveles elevados de síntomas de depresión, ansiedad, consumo de sustancias y de los trastornos alimentarios (Brockmeyer et al., 2012; Weiss et al., 2012; Wong et al., 2013). La investigación previa sobre las estrategias de regulación emocional se ha centrado principalmente en sus contribuciones individuales a la psicopatología. Sin embargo, estudios que han comparado diferentes estrategias dentro de una misma muestra han encontrado interrelaciones entre ellas, lo que sugiere que pueden tener una baja especificidad (Hong, 2007; Wenzlaff & Luxton, 2003). Un estudio que examinó la especificidad de las estrategias

de regulación emocional concluyó que las estrategias desadaptativas están asociadas con indicadores de psicopatología, como los trastornos alimentarios, los síntomas depresivos y ansiosos. Además, esta asociación persiste independientemente de la sintomatología (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010).

El fenómeno de comorbilidad, la baja especificidad de las estrategias de regulación emocional y la evidencia de que una sola vulnerabilidad cognitiva predice varias formas de psicopatología han motivado la búsqueda de alternativas más consistentes en la descripción y clasificación de los trastornos mentales. Alternativas basadas en evidencia empírica y no solo en el agrupamiento arbitrario de categorías específicas. De manera que las tendencias en la comunidad científica se están alejando de un enfoque basado en los síntomas específicos de la psicopatología. En cambio, existe un mayor interés y apoyo para un enfoque integral que se centre en los procesos psicológicos comunes que subyacen a las descripciones topográficas de los diferentes trastornos (Frank & Davidson, 2014).

Modelos Transdiagnósticos

Tradicionalmente, los sistemas de clasificación diagnóstica de los trastornos mentales definen la psicopatología como constructos distintos, independientes y categóricos. De acuerdo con este enfoque, un paciente cumplirá los criterios diagnósticos para un trastorno mental en particular o no (categórico), el trastorno no compartirá los mismos síntomas que otros (distinto) y por lo tanto la presencia de un trastorno no debe asociarse necesariamente con una mayor probabilidad de tener otro trastorno (independiente) (Krueger & Eaton, 2015). No obstante, la experiencia clínica y la investigación empírica sugieren que esas suposiciones

no están justificadas. En primer lugar, existen diferencias de gravedad entre personas que reciben un mismo diagnóstico. Esto sugiere una dimensionalidad subyacente no asimilada por los diagnósticos categóricos y resalta la pérdida de información al reducir una agrupación de signos y síntomas compleja a una dicotomía presente-ausente. En segundo lugar, la comorbilidad es un fenómeno común que ha revelado las limitaciones de un enfoque categorial y planteando cuestionamientos sobre la etiología, definición del curso y la elección de un tratamiento adecuada de los trastornos mentales (Hernández-Guzmán et al., 2011; Krueger & Eaton, 2015).

Los modelos transdiagnósticos surgen en respuesta a la evidencia emergente de la superposición de síntomas entre trastornos que tradicionalmente se consideraban distintos. Esto sugiere la existencia de dimensiones psicopatológicas comunes y compartidas que subyacen a diferentes trastornos. La investigación sobre la dimensionalidad y la comorbilidad indica que varios trastornos mentales son manifestaciones de unas pocas dimensiones fundamentales subyacentes. En particular, el modelo de factores de internalización-externalización ha demostrado ser altamente consistente con los datos en diversas poblaciones (Eaton et al., 2013; Kim & Eaton, 2015; Krueger & Eaton, 2015). Los factores de internalización explican la comorbilidad entre trastornos como la depresión mayor, la distimia, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo, los trastornos sociales y las fobias específicas, el trastorno de estrés postraumático, entre otros. Por otro lado, los factores de externalización explican la comorbilidad entre el trastorno por consumo de sustancias y los trastornos antisociales y relacionados con el comportamiento y la impulsividad (Eaton et al., 2013; Kim & Eaton, 2015; Krueger & Markon, 2006).

Dentro de la literatura científica se han descrito diversos antecedentes que han llevado al desarrollo de los modelos transdiagnósticos. Uno de ellos es el modelo tripartito del afecto, la ansiedad y la depresión (Clark & Watson, 1991). Este modelo postula la existencia de un factor general (transdiagnóstico) de vulnerabilidad para varios trastornos emocionales (afecto negativo) y dos factores específicos de trastornos depresivos y trastornos de ansiedad (afecto positivo e hiperactivación fisiológica, respectivamente).

Posteriormente, Barlow et al. (2004) introducen el modelo de la triple vulnerabilidad, el cual sostienen que existen tres vulnerabilidades o aspectos comunes en la etiología de trastornos emocionales. Este modelo expone que dos de estas vulnerabilidades son de carácter transdiagnóstico y una de ellas es específica de los trastornos de ansiedad. La primera, la vulnerabilidad biológica general se refiere a los factores genéticos no específicos que contribuyen en el desarrollo del afecto negativo. Seguidamente, la vulnerabilidad psicológica general es el resultado de experiencias ambientales tempranas asociadas al afecto negativo que pudieran generar un sentido de no poder controlarse. Por último, la vulnerabilidad psicológica específica la cual describe experiencias de aprendizaje relacionadas a circunstancias o eventos que determinan cómo los individuos interpretan las sensaciones de amenazas o peligro. Tomando en consideración estos conceptos Barlow et al., (2004) propusieron un tratamiento unificado de los trastornos emocionales.

Si bien existen diferentes teorías involucradas en el desarrollo de los modelos transdiagnósticos, el término transdiagnóstico se ha adjudicado a la teoría de los mecanismos de mantenimiento de los trastornos alimentarios de Fairburn et al. (2003). En este estudio, los

autores encontraron que existían ciertos mecanismos psicopatológicos centrales comunes a todos los trastornos alimentarios. Este hallazgo impulsó el estudio de procesos psicológicos comunes involucrados no solo en los trastornos alimenticios, sino también a lo largo de varios trastornos. Un ejemplo de ello es el trabajo de Norton et al. (2004), quienes partieron de una premisa transdiagnóstica de la existencia de una patología nuclear común a través de todos los trastornos de ansiedad.

El enfoque transdiagnóstico consiste en comprender diferentes trastornos mentales o grupos consistentes de trastornos mentales fundamentándose en los procesos cognitivos, conductuales y fisiológicos involucrados en su etiología (Sandín et al., 2012). Los modelos transdiagnósticos han proporcionado un marco de referencia con una conceptualización flexible que facilita la comprensión de los patrones de comorbilidad presentes en la psicopatología, basándose en las variables comunes a nivel causal y de mantenimiento (Aldao, 2012). De este modo, una postura transdiagnóstica permite una aproximación integral a la psicopatología que se aleja de la conceptualización categorial y se acerca más a una conceptualización dimensional (Sandín et al., 2012). Un enfoque dimensional de la psicopatología más que intentar encajar la suma de síntomas en categorías específicas, pone énfasis en comprender los mecanismos y causas del desarrollo y mantenimiento de la problemática global del paciente (Hernández-Guzmán et al., 2011).

Los modelos transdiagnóstico suponen hallazgos prometedores sobre los modelos explicativos tradicionales. En primer lugar, prometen dar respuesta a la comorbilidad entre los trastornos y así poder diagnosticarla de manera más oportuna. Segundo, permitirá delimitar

mejor las categorías de los sistemas diagnósticos actuales basándose en supuestos etiológicos bien fundamentados. Finalmente, se podrá diseñar estrategias de tratamiento adecuado para una amplia gama de trastornos que a su vez resultará útil para la alta demanda de los sistemas de atención primaria (Murphy et al., 2019; Sandín et al., 2012).

Conceptualmente los modelos explicativos transdiagnósticos con mayor evidencia se han enfocado en delimitar las vulnerabilidades involucradas en los trastornos emocionales (trastornos de ansiedad y depresivos) y los trastornos alimentarios (Barlow et al., 2004; Fairburn et al., 2003; Norton, 2006). Sin embargo, distintas variables de vulnerabilidad han demostrado asociaciones con otros trastornos. En particular, para la sintomatología de depresión y de estrés postraumático se han identificado diversas vulnerabilidades de carácter transdiagnóstico entre ellas: la intolerancia a la incertidumbre (Carleton et al., 2012; Gentes & Ruscio, 2011), la desregulación emocional (Sloan et al., 2017), y la rumia (Aldao et al., 2010; Olatunji et al., 2013).

Factores Transdiagnósticos

Dentro de la literatura existente, se han identificado tres factores claves asociados a los síntomas de depresión y estrés postraumático: la intolerancia a la incertidumbre, la desregulación emocional y la rumia. Con el objetivo de comprender de manera integral la relación entre estos factores transdiagnósticos y los síntomas de depresión y estrés postraumático, se realizó una revisión sistemática. El propósito de esta revisión fue identificar estudios empíricos cuantitativos que se enfocarán en los factores transdiagnósticos de la

intolerancia a la incertidumbre, la desregulación emocional y la rumia, y su relación con los síntomas de depresión y/o estrés postraumático. En esta sección, se presentará una conceptualización de cada factor transdiagnóstico, seguida de la evidencia científica sobre su asociación con los síntomas de depresión y de estrés postraumático. En el Apéndice A se puede revisar una descripción más detallada de los 55 estudios identificados en la revisión sistemática realizada.

Intolerancia a la Incertidumbre

La intolerancia a la incertidumbre se refiere a la incapacidad disposicional de un individuo para tolerar la respuesta provocada por la falta percibida de información relevante, clave o suficiente (Carleton, 2016). Las personas con altos niveles de intolerancia a la incertidumbre son más propensas a interpretar la incertidumbre de manera negativa (Carleton et al., 2007). Asimismo, la incertidumbre puede contribuir a procesos emocionales, cognitivos y conductuales desadaptativos asociados con la angustia emocional, como el trastorno de ansiedad general y el trastorno de pánico (Boswell et al., 2013; Buhr & Dugas, 2009). La intolerancia a la incertidumbre es un constructo compuesto por dos dimensiones: la prospectiva y la inhibitoria. La dimensión prospectiva tiene una naturaleza cognitiva anticipatoria y se conceptualiza como un deseo de prever eventos futuros. Por su parte, la dimensión inhibitoria se refiere a la parálisis conductual y al deterioro del funcionamiento debido a la incertidumbre (Carleton et al., 2007). La evidencia de varios estudios indica asociaciones significativas entre la intolerancia a la incertidumbre y los trastornos de internalización. Esto ha llevado a los investigadores a conceptualizar la intolerancia a la incertidumbre como un factor de riesgo transdiagnóstico de dichos trastornos (Shapiro et al.,

2020). Un metaanálisis resaltó la naturaleza transdiagnóstica de la intolerancia a la incertidumbre y encontró asociaciones significativas entre la intolerancia a la incertidumbre y los síntomas de depresión, ansiedad y trastornos alimentarios (McEvoy et al., 2019). Además, la intolerancia a la incertidumbre también es un factor de vulnerabilidad para síntomas elevados de estrés postraumático (Banducci et al., 2016; Oglesby et al., 2016).

Intolerancia a la Incertidumbre y Síntomas de Depresión

Once estudios examinaron la relación entre la intolerancia a la incertidumbre y la sintomatología depresiva. La evidencia empírica indica que la intolerancia a la incertidumbre es un predictor significativo de los síntomas de depresión, incluso cuando se controlaron los síntomas de ansiedad (Barry et al., 2019; Del Valle et al., 2020). Además, la relación entre la intolerancia a la incertidumbre y la depresión fue indirecta y parcialmente mediada por otros factores de riesgo, incluida la preocupación (Dar et al., 2017; Swee et al., 2018), el rasgo de ansiedad (Swee et al., 2018), la rumia (Huang et al., 2019) y el miedo a la COVID-19 (Voitsidis et al., 2021). Dos factores de riesgo indicaron una mediación completa de los efectos de la intolerancia a la incertidumbre en los síntomas de depresión: las creencias metacognitivas desadaptativas (Chen et al., 2021) y la rumia durante dos meses (Huang et al., 2019). El análisis dimensional de orden inferior de la intolerancia a la incertidumbre y un modelo de depresión de dos factores indicaron que un factor general de intolerancia a la incertidumbre estaba relacionado con factores cognitivos y afectivos/somáticos de los síntomas de depresión (Saulnier et al., 2019). Sin embargo, se encontró que la dimensión inhibitoria de la intolerancia a la incertidumbre solo se relacionó con el factor cognitivo de depresión, mientras que la dimensión prospectiva no mostró relación con estos factores

depresivos. Además, se observó que la preocupación fue el único factor de riesgo que moderó la relación entre la intolerancia a la incertidumbre y los síntomas depresivos. Es decir, altos niveles de preocupación aumentaron la asociación entre la intolerancia a la incertidumbre y los síntomas depresivos (Dar et al., 2017). Un estudio experimental determinó que las reducciones en la intolerancia a la incertidumbre se asociaron con reducciones en los pensamientos negativos repetitivos, pero no se encontró asociación con los síntomas de depresión (McEvoy & Erceg-Hurn, 2016).

Intolerancia a la Incertidumbre y Síntomas de Estrés Postraumático

Seis estudios examinaron la relación entre la intolerancia a la incertidumbre y los síntomas de estrés postraumático. La evidencia empírica indica que la intolerancia a la incertidumbre es un predictor significativo de los síntomas de estrés postraumático. Estos resultados se mantuvieron significativos incluso después de controlar otros factores de riesgo de estrés postraumático, como la rumia, el neuroticismo, la preocupación (Boelen et al., 2016), la sensibilidad a la ansiedad (Oglesby et al., 2016, 2017) y el afecto negativo (Oglesby et al., 2017). Cuando se examinó la relación entre la intolerancia a la incertidumbre y los grupos de síntomas de estrés postraumático según el DSM-5, se encontró una asociación significativa con los grupos de síntomas de evitación, hiperexcitación y embotamiento emocional (Oglesby et al., 2017). El análisis de las dimensiones de la intolerancia a la incertidumbre indicó que sólo la dimensión inhibitoria se asoció con los síntomas del estrés postraumático (Boelen, 2019; Boelen et al., 2016). Además, se observó que una reducción en la dimensión general e inhibitoria de la intolerancia a la incertidumbre se asoció con reducciones en la gravedad de los síntomas de estrés postraumático. Sin embargo, la dimensión prospectiva sólo se asoció

con cambios en los grupos de reexperimentación, evitación e hiperexcitación (Badawi et al., 2021). Finalmente, el análisis de mediación determinó que la intolerancia a la incertidumbre no era un mediador significativo entre la tolerancia a la angustia y los síntomas de estrés postraumático (Raudales et al., 2020).

Desregulación Emocional

La desregulación emocional es un constructo multidimensional que engloba diferentes formas desadaptativas de responder a las emociones. Estas incluyen: (a) la falta de conciencia, comprensión y aceptación de las emociones; (b) la incapacidad de controlar comportamientos cuando se experimenta angustia emocional; (c) la falta de acceso a estrategias adecuadas para modular la duración y/o intensidad de las respuestas emocionales para cumplir con objetivos individuales y demandas situacionales; y (d) la falta de voluntad o resistencia para experimentar angustia emocional como parte de la búsqueda de actividades significativas en la vida (Gratz & Roemer, 2004). Las personas que tienen dificultades para regular sus emociones son más propensas a involucrarse en conductas desadaptativas, como la impulsividad, la evitación, el consumo de sustancias y otras conductas de riesgo (Weiss et al., 2012). Además, las dificultades con la regulación emocional también han demostrado su papel transdiagnóstico en una variedad de trastornos psicopatológicos, incluyendo la depresión (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010), el abuso de sustancias (Wong et al., 2013) y el TEPT (Seligowski et al., 2014). Específicamente, Aldao y Noel-Hoeksema (2010) llevaron a cabo un estudio que exploró la especificidad de las estrategias de regulación emocional cognitiva desde una perspectiva transdiagnóstica. Encontraron que las estrategias disfuncionales de regulación emocional mostraron asociaciones con indicadores de síntomas

de psicopatología, incluyendo trastornos alimentarios, depresivos y de ansiedad. Estas asociaciones se mantuvieron independientemente del trastorno específico.

Desregulación Emocional y Síntomas de Depresión

Ocho estudios examinaron la relación entre la desregulación emocional y los síntomas de depresión. Los resultados indicaron que la desregulación emocional se asoció positivamente con los síntomas depresivos, incluso después de controlar el nivel inicial de atención plena (Diehl et al., 2020). Además, se encontró que la desregulación emocional mediaba parcialmente y significativamente la relación entre los síntomas de depresión y varios factores relacionados con la sintomatología depresiva. Estos factores incluían la adversidad acumulada (Abravanel & Sinha, 2015), la sensibilidad a la ansiedad (Ouimet et al., 2016), las creencias desadaptativas sobre las emociones (Ouimet et al., 2016) y los estilos de apego (Pickard et al., 2016). Un estudio examinó qué estrategia de regulación emocional específica mediaba la relación entre la autocompasión y los síntomas de depresión, y encontró que solo la capacidad de tolerar las emociones negativas era un mediador significativo (Diedrich et al., 2017). Asimismo, se encontró que la supresión expresiva fue la única estrategia de regulación emocional que medió la relación entre la rigidez mental y los síntomas depresivos (Mutz et al., 2017). Khakpoor et al. (2019) llevaron a cabo un estudio experimental que examinó cómo el Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales redujo los síntomas de depresión en los pacientes a través de la mejora en la regulación emocional. Los resultados mostraron que la regulación emocional, específicamente la dificultad para participar en un comportamiento dirigido a un objetivo y la falta de claridad emocional, predijeron la mayor parte de la variación en las puntuaciones de los síntomas de

depresión. Además, el análisis de mediación indicó que la regulación emocional puede considerarse un factor mediador y predictivo de los resultados del tratamiento transdiagnóstico basado en el Protocolo Unificado (Khakpoor et al., 2019). Finalmente, en el contexto de COVID-19, se encontró que la soledad predijo una mayor sintomatología depresiva, y a su vez, los síntomas depresivos predecían un aumento en la soledad un mes después. Sin embargo, esta relación no fue mediada por las dificultades de regulación emocional. En cambio, se observó una relación recíproca entre las dificultades de regulación emocional y los síntomas depresivos (Groarke et al., 2021).

Desregulación Emocional y Síntomas de Estrés Postraumático

Siete estudios evaluaron la relación entre la desregulación emocional y los síntomas de estrés postraumático. Los resultados de las evaluaciones longitudinales indicaron que la desregulación emocional se asoció significativamente con la probabilidad de desarrollar síntomas de estrés postraumático a los 4 meses (Fujisato et al., 2020) y a los 12 meses (Pencea et al., 2020), incluso después de controlar el estrés postraumático en línea base, la exposición al trauma y los síntomas depresivos. Asimismo, la desregulación emocional predijo la gravedad de los síntomas de estrés postraumático 3 meses después de una exposición a un evento traumático. Este resultado se mantuvo incluso después de covariar los síntomas de estrés postraumático de línea base y otros factores de riesgo, como el tipo de trauma, la adversidad infantil, la exposición al trauma, la exposición al trauma a lo largo de la vida, la edad, el sexo, la raza y la etnia (Forbes et al., 2020). Los análisis de mediación revelaron que la regulación emocional mediaba los efectos entre el tipo de trauma (agresión sexual) y los síntomas del estrés postraumático (Raudales et al., 2019) y el trastorno depresivo mayor (Post

et al., 2021). Al examinar la relación entre la desregulación emocional y los grupos de síntomas de estrés postraumático, se observó que la desregulación emocional solo predijo la gravedad de los síntomas de evitación e hiperexcitación, incluso después de controlar el número de tipos de trauma y el afecto negativo (O'Bryan et al., 2015). Los análisis de las subescalas de las dificultades regulación emocional revelaron que las dificultades en el control de los impulsos predijeron la reexperimentación, la evitación y la hiperexcitación de los síntomas de estrés postraumático, mientras que la falta de estrategias de regulación emocional y la falta de claridad emocional se asociaron únicamente con síntomas de embotamiento emocional (Short et al., 2016).

Rumia

La rumia se define como pensamientos repetitivos y pasivos sobre emociones negativas, así como de las posibles consecuencias y causas de las mismas (Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema et al., 2008). La rumia impide la resolución activa de problemas y la capacidad de realizar cambios en las situaciones que causan estas emociones negativas. En consecuencia, las personas se enfocan en los problemas y en sus sentimientos sobre ellos en lugar de tomar medidas concretas (Nolen-Hoeksema et al., 2008). La rumia se compone de dos dimensiones: la reflexión, que indica una tendencia a concentrarse en los propios pensamientos para encontrar una solución al problema o situación que causa angustia al individuo, y el reproche, que se refiere a una preocupación pasiva sin tomar acciones concretas para mejorar la situación (Treyner et al., 2003). La rumia se ha asociado tradicionalmente con síntomas depresivos y se considera un factor importante en su desarrollo, mantenimiento y

recurrencia (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Olatunji et al., 2013). Las personas que se involucran en procesos de rumia informan niveles más altos de síntomas depresivos con el tiempo (Nolen-Hoeksema, 2000). Además, la rumia se ha identificado como un estilo cognitivo desadaptativo asociado a múltiples trastornos y sintomatologías (Aldao et al., 2010). En el caso de los síntomas de estrés postraumático, se considera un factor importante que mantiene y aumenta la gravedad de los síntomas (Szabo et al., 2017).

Rumia y Síntomas de Depresión

Trece estudios examinaron la relación entre la rumia y los síntomas de depresión. Los resultados de las asociaciones longitudinales indicaron que la rumia predice los síntomas depresivos, y a su vez, los síntomas depresivos predicen la rumia a los 4 años de seguimiento (Whisman et al., 2020). Asimismo, se encontró una relación entre los eventos estresantes y la rumia, la cual predice prospectivamente los síntomas depresivos a los 3 y 15 meses de seguimiento, incluso después de controlar los síntomas depresivos en línea base (Vanderhasselt et al., 2016). Sin embargo, un estudio longitudinal encontró que la rumia no predijo los síntomas depresivos después de un año, en comparación con el rasgo de la atención plena y al controlar los síntomas de depresión iniciales (Schut & Boelen, 2017). Los análisis de mediación determinaron que la rumia era un mediador significativo entre el perfeccionismo desadaptativo (De Rosa et al., 2021), la gratitud (Liang et al., 2020), la atención plena (dos años después) (Petrocchi & Ottaviani, 2016), la claridad emocional (Vine & Marroquin, 2017), la memoria autobiográfica (Liu et al., 2017) y el afecto negativo (Iqbal & Dar, 2015) y los síntomas de depresión. Sin embargo, la rumia no fue un mediador significativo en la relación entre el afecto negativo y los síntomas de depresión, al tener en cuenta la fusión

cognitiva en el modelo de mediación (Costa et al., 2018), contradiciendo resultados previos (Iqbal & Dar, 2015). El análisis de las subescala de rumia indicaron que el reproche mediaba la relación entre la memoria autobiográfica (Liu et al., 2017), el perfeccionismo (Senra et al., 2017), la autocompasión (Bakker et al., 2018) y los síntomas de depresión. Además, el reproche medió el efecto de varios rasgos de personalidad como el neuroticismo, la extroversión y la apertura sobre los síntomas depresivos, mientras que la reflexión medió los efectos del neuroticismo, la extroversión y la apertura sobre los síntomas depresivos (Lyon et al., 2020).

Rumia y Síntomas de Estrés Postraumático

Diez estudios examinaron la relación entre la rumia y los síntomas de estrés postraumático. La rumia repetitiva y anticipatoria moderaron la relación entre los síntomas de estrés postraumático y los síntomas de depresión (Roley et al., 2015). Asimismo, la atención plena moderó las relaciones entre la rumia y los síntomas totales de estrés postraumático, así como todos sus grupos de síntomas (Viana et al., 2017). El trauma interpersonal moderó la relación entre la rumia en línea base y los síntomas de estrés postraumático al mes de seguimiento, incluso después de controlar el afecto negativo y el número de traumas experimentados previamente (Preston et al., 2021). El análisis de asociación longitudinal determinó que la gravedad de la depresión previa al trauma y la rumia como rasgo predijeron el inicio de los síntomas de estrés postraumático durante un seguimiento de 4 años (Spinhoven et al., 2015). El análisis de los grupos de síntomas de estrés postraumático indicó que la rumia se relacionaba significativamente con todos los grupos de síntomas (Seligowski et al., 2016). Los análisis de mediación determinaron que la hostilidad (Mathes et al., 2020), la valoración

cognitiva del evento traumático (Spinhoven et al., 2015) y la rumia deliberada (García et al., 2018) mediaban la relación entre la rumia y los síntomas de estrés postraumático. Asimismo, se encontró que la rumia actuaba como mediador entre la desregulación emocional y la gravedad de los síntomas de estrés postraumático (Pugach et al., 2019). Por último, se comparó la evitación experiencial y la rumia en grupos con y sin estrés postraumático, y se encontró que en el grupo con estrés postraumático, la rumia era significativamente mayor que en aquellos sin estrés postraumático (Basharpoor et al., 2015). También se encontró que la rumia de reproche y la rumia relacionada con la depresión se asociaban con un mayor nivel de estrés postraumático (Wu et al., 2015).

Factores Contextuales: Comparación Entre Países

A partir de la revisión se destaca que existe una incipiente investigación al respecto de la generalización de los hallazgos, debido a que la mayor parte de la investigación sobre estos factores transdiagnósticos se ha llevado a cabo en países de América del Norte y Europa, dejando muchas regiones, incluyendo América Latina, subrepresentadas. Sin embargo, la evidencia sugiere que la cultura desempeña un papel crucial en la prevalencia, manifestación clínica, diagnóstico y tratamiento de la psicopatología (Moleiro, 2018). En consecuencia, es importante que los estudios de investigación busquen ampliar la comprensión de estos factores transdiagnósticos en diferentes contextos culturales para mejorar la aplicabilidad de los resultados a poblaciones diversas.

Dos factores importantes asociados con los síntomas de depresión y estrés postraumático que frecuentemente varían entre países son el apoyo social y la cohesión

familiar. El apoyo social ha sido reconocido como un factor protector significativo que influye positivamente en las habilidades de afrontamiento de las personas para manejar los síntomas de depresión y estrés postraumático (Brewin et al., 2000; Cano et al., 2020; Gariépy et al., 2016). Asimismo, estudios señalan variaciones en el apoyo social entre grupos culturales colectivistas e individualistas. En particular, los individuos con una orientación más colectivista, como aquellos en América Latina, tienden a percibir un mayor apoyo social en comparación con aquellos de culturas individualistas, como los norteamericanos (Shavitt et al., 2016). Esto implica que las personas que provienen de culturas colectivistas tienen más probabilidades de beneficiarse de una sólida red de apoyo.

Asimismo, se ha encontrado que la cohesión familiar tiene un efecto en los síntomas de depresión y estrés postraumático (Sarmiento & Cardemil, 2009), y que sus niveles pueden variar entre países. Mientras muchos países asiáticos y latinoamericanos presentan una cohesión familiar fuerte, los países escandinavos y varios países de Europa occidental tienden a tener niveles más débiles (Alesina & Giuliano, 2010; Mair, 2013). Por lo tanto, es importante considerar la influencia del apoyo social y la cohesión familiar al estudiar los resultados de salud mental en muestras de diferentes países.

Justificación

Tradicionalmente, los investigadores han definido los factores de vulnerabilidad cognitiva como específicos, lo que los ha llevado a estudiarlos de manera aislada y a centrarse en la identificación de los mecanismos cognitivos precisos involucrados en el desarrollo de

categorías individuales de síntomas (Hong & Cheung, 2015). Sin embargo, la evidencia acerca de la comorbilidad entre los trastornos mentales desafía la singularidad de las vulnerabilidades cognitivas y la conceptualización categórica de la psicopatología. Aunque se ha demostrado que las vulnerabilidades cognitivas predicen síntomas correspondientes a aquellos a los que teóricamente están vinculadas, también muestran asociaciones con síntomas teóricamente distintos. Este patrón de asociaciones se ha demostrado en revisiones meta analíticas sobre la rumia (Aldao et al., 2010; Olatunji et al., 2013), y la intolerancia a la incertidumbre (Gentes & Ruscio, 2011). Las vulnerabilidades cognitivas en estos estudios estaban asociadas con varias categorías de síntomas, y estos resultados persistían incluso después de controlar la superposición entre las vulnerabilidades cognitivas y las categorías de síntomas. Las vulnerabilidades cognitivas también han mostrado asociaciones entre sí, incluyendo que se ajustan a una única estructura factorial central común, lo que sugiere que comparten un núcleo común (Hong & Cheung, 2015).

De manera similar, el estudio de factores emocionales, como las estrategias de regulación emocional, generalmente se ha centrado en sus contribuciones individuales a la psicopatología. Sin embargo, los estudios que compararon diferentes estrategias en la misma muestra han encontrado que tienden a estar interrelacionadas, lo que sugiere una baja especificidad (Hong, 2007; Wenzlaff & Luxton, 2003). En un estudio que examinó la especificidad de las estrategias de regulación emocional determinó que las estrategias disfuncionales estaban asociadas con indicadores de psicopatología (alimentación, depresión y ansiedad) y esta asociación se mantiene independientemente del trastorno (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010). Variables afectivas como la regulación emocional influyen en muchas áreas del funcionamiento psicológico (Hervás, 2011). En este sentido, la evidencia ha mostrado que

el uso de estrategias maladaptativas para regular las emociones está relacionado con una amplia gama de trastornos mentales como la ansiedad, la depresión, el consumo de sustancias, los trastornos alimentarios (Aldao, 2012), el trastorno límite de la personalidad (Carpenter & Trull, 2013), y el TEPT (Seligowski et al., 2014).

Cada vez más existe evidencia que respalda la noción de que ciertos factores cognitivos y emocionales tienen una naturaleza transdiagnóstica, lo que indica que no son específicos de trastornos individuales. Los modelos transdiagnósticos de psicopatología surgen para abordar las limitaciones planteadas por la superposición de síntomas en trastornos presumiblemente categorizados como diferentes y la falta de especificidad de los factores de vulnerabilidad para explicar trastornos mentales individuales (Sandín et al., 2012). Una perspectiva transdiagnóstica destaca la importancia de identificar mecanismos y procesos subyacentes comunes que sean relevantes en múltiples trastornos psicológicos. Adoptar un enfoque transdiagnóstico para investigar estos factores es importante, ya que puede facilitar la identificación y comprensión de los mecanismos fundamentales que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de estos trastornos.

Aunque la investigación ha examinado la relación entre la intolerancia a la incertidumbre y los síntomas de depresión y de estrés postraumático, existen discrepancias en la literatura con respecto a la naturaleza de esta relación. Estudios recientes han destacado el papel potencial de la desregulación emocional y la rumia como mediadores de los síntomas de depresión y estrés postraumático. Estos hallazgos sugieren la importancia de considerar tanto los factores emocionales como cognitivos en el desarrollo y mantenimiento de la psicopatología, y se necesita más investigación para comprender mejor su papel en la

comorbilidad y superposición entre los síntomas de depresión y estrés postraumático.

Como se mencionó anteriormente, la intolerancia a la incertidumbre, la desregulación emocional y la rumia son factores transdiagnósticos que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de los síntomas de depresión y estrés postraumático. Sin embargo, todavía existen hallazgos divergentes sobre cómo interactúan estos factores transdiagnósticos entre sí. Asimismo, la mayoría de las investigaciones sobre factores transdiagnósticos en psicopatología se ha centrado principalmente en América del Norte y Europa, dejando un conocimiento limitado sobre estos factores y sus asociaciones en otras regiones, como América Latina. Asimismo, se ha encontrado que la cultura desempeña un papel significativo en la prevalencia, manifestación clínica, diagnóstico y tratamiento de la psicopatología. Para abordar esta brecha, el objetivo de este estudio es evaluar un modelo transdiagnóstico que explora la relación entre la intolerancia a la incertidumbre, la desregulación emocional, la rumia y los síntomas de depresión y trastorno de estrés postraumático en una muestra mexicana y neerlandesa.

El presente estudio se llevó a cabo en dos etapas: la Etapa I se enfocó en la adaptación cultural y validación de la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (IUS-12M) en una muestra mexicana. La Etapa II del estudio tuvo como objetivo evaluar un modelo transdiagnóstico que explora la relación entre la intolerancia a la incertidumbre, la desregulación emocional, la rumia y los síntomas de depresión y estrés postraumático en una muestra mexicana y neerlandesa.

Etapa I: Adaptación y Propiedades Psicométricas de la IUS-12M

Antecedentes

La Escala de Intolerancia a la Incertidumbre versión corta (IUS-12) ha demostrado ser una medida robusta de autoinforme para evaluar la intolerancia a la incertidumbre. Carleton et al. (2007) analizaron la estructura factorial de la escala en dos muestras de estudiantes universitarios (Canadá y EE. UU.) y encontraron que el modelo de dos factores con 12 ítems proporcionaba el mejor ajuste para los datos, con excelente consistencia interna ($\alpha = .91$), una validez convergente con medidas de depresión ($r = .56$), ansiedad ($r = .57$), preocupación ($r = .54$) y ansiedad generalizada ($r = .61$). Khawaja & Yu (2010) examinaron las propiedades psicométricas de la IUS-12 en una muestra clínica y no clínica. Los resultados mostraron una buena consistencia interna $\alpha = .87$ en la muestra clínica y $\alpha = .92$ en la muestra no clínica, una validez convergente con preocupación ($r = .54$) y rasgo de ansiedad ($r = .60$), y diferencia en las puntuaciones totales entre la muestra clínica y la no clínica. McEvoy & Mahoney (2011) evaluaron la estructura latente de la IUS-12 en una muestra que buscaba tratamiento con ansiedad y depresión. Una vez más, la solución de dos factores mostró el mejor ajuste, y la escala total demostró una excelente consistencia interna ($\alpha = .93$) y una validez convergente con preocupación ($r = .56$), neuroticismo ($r = .55$) y depresión ($r = .52$).

La IUS-12 ha sido traducida, adaptada culturalmente y validada en varios países. Helsen et al. (2013) examinaron la versión neerlandesa y encontraron que la consistencia

interna de la puntuación total era adecuada ($\alpha = .83$). Lauriola et al. (2016) tradujeron la versión en inglés del IUS-12 al italiano, su estudio reveló que el modelo bifactorial presentaba el mejor ajuste del modelo, con una consistencia interna de $\omega=.86$. Kumar et al. (2021) evaluaron el modelo bifactorial, el cual también mostró el mejor ajuste para los datos, con una consistencia interna de $\omega = .85$. Kretzmann & Gauer (2020) tradujeron la IUS-12 al portugués para la población brasileña. Sus resultados demostraron una consistencia interna de $\alpha = .88$. Pineda-Sánchez (2018) tradujo la IUS-12 al español y evaluó sus propiedades psicométricas en una muestra española. El análisis factorial confirmatorio indicó que el modelo de dos factores correlacionados proporcionó el mejor ajuste del modelo, con una consistencia interna de $\alpha = .91$.

A pesar de que los análisis psicométricos anteriores de la IUS-12 han establecido una estructura de dos factores correlacionados que corresponde a los factores prospectivo e inhibitorio de la intolerancia a la incertidumbre, estudios recientes sugieren que el modelo bifactorial puede explicar mejor su estructura factorial. Sin embargo, a pesar de la amplia importancia de la intolerancia a la incertidumbre como constructo transdiagnóstico, solo existe un estudio en versiones en español y hasta la fecha no se ha realizado ningún estudio en población mexicana. Por lo tanto, el objetivo de esta Etapa del proyecto fue adaptar culturalmente y validar la IUS-12 para su uso en la población mexicana.

Método

Participantes

El estudio se llevó a cabo con una muestra comunitaria no probabilística por conveniencia, compuesta por 405 adultos con edades comprendidas entre los 18 y 70 años ($M = 34.19$, $DE = 12.9$). Estos participantes fueron reclutados como parte de la selección para un estudio de intervención en línea más grande para trastornos emocionales. En esta muestra, 234 eran mujeres (57,8%), mientras que 171 eran hombres (42.2%). La mayoría de los participantes eran solteros (55.6%), mientras que el 21.5% estaban casados, el 12.6% vivían en pareja, el 4.2% estaban separados, el 3.2% estaban divorciados y el 2.2% no especificaron su estado civil. En cuanto al nivel educativo, el 60.0% había completado una licenciatura, el 15.8% tenía educación secundaria, el 15.1% poseía una maestría y el 9.1% indicaron otro nivel educativo. La gran mayoría de los participantes (84.7%) residían en el área metropolitana de la Ciudad de México.

Instrumentos

Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (IUS-12; Carleton et al., 2007). La IUS-12 es una medida de autoinforme compuesta por 12 ítems que evalúa la capacidad de los individuos para tolerar la incertidumbre acerca de eventos futuros ambiguos. La IUS-12 incluye dos factores: prospectiva (percepciones de amenaza relacionadas con la incertidumbre futura) e inhibitoria

(comportamientos que indican aprensión acerca de la incertidumbre). Los ítems tienen cinco opciones de respuesta que van desde 1 "no característico de mí en absoluto" a 5 "totalmente característico de mí". La versión adaptada y validada en español de España mostró con una excelente consistencia interna, tanto para la escala total ($\alpha = .92$) como para las subescalas prospectiva ($\alpha = .89$) e inhibitoria ($\alpha = .91$) (Pineda-Sánchez, 2018).

Cuestionario de Preocupación Pensilvania (PSWQ-11; Meyer et al., 1990). El PSWQ-11 es una medida de autoinforme de 11 ítems que mide la frecuencia e intensidad de la preocupación. Los ítems tienen cinco opciones de respuesta que van desde 1 "nada" hasta 5 "mucho". La versión en español para la población mexicana, mostró un buen coeficiente de consistencia interna con un $\alpha = .88$ (Padros-Blazquez et al., 2018).

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck et al., 1996). El BDI-II es una medida de autoinforme compuesta por 21 ítems que evalúa los comportamientos, actitudes y sentimientos que caracterizan los síntomas de depresión en las últimas dos semanas. Los ítems tienen cuatro opciones de respuesta que reflejan la frecuencia o gravedad creciente de los síntomas. Las puntuaciones totales pueden variar de 0 a 63, con los siguientes puntos de corte: de 0-13 mínimamente deprimido, de 14-19 levemente deprimido, de 20-28 moderadamente deprimido y de 29-63 severamente deprimido. La adaptación y validación en México ha mostrado una excelente consistencia interna, con $\alpha = .92$ en la muestra de estudiantes y $\alpha = .87$ en la muestra comunitaria (González et al., 2015).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck et al., 1988). El BAI es una medida de autoinforme de 21 ítems que evalúa la gravedad de los síntomas afectivos, cognitivos y

somáticos comunes de la ansiedad. Los ítems tienen cuatro opciones de respuesta que van desde 0 "nada en absoluto" hasta 3 "muy severo". Los puntos de corte son los siguientes: de 0 a 5 para ansiedad mínima, de 6 a 15 para ansiedad leve, de 16 a 30 para ansiedad moderada y de 31 a 63 para ansiedad severa. La validación en población mexicana mostró una buena consistencia interna, con $\alpha = 0.84$ en la muestra de estudiantes y $\alpha=0.83$ en la muestra comunitaria (Robles et al., 2001).

Procedimiento

La adaptación mexicana del IUS-12 se basó en los ítems de la versión en español (Pineda-Sánchez, 2018). Aunque el idioma español es compartido por las poblaciones de España y México, fue necesario hacer adaptaciones debido a las diferencias culturales en expresiones y palabras que varían de un país a otro y que potencialmente podrían causar confusiones. Por ejemplo, en el ítem 6 “No soporto que me cojan por sorpresa” de la versión española utiliza el verbo “cojan”, que en México tiene connotación sexual. Por lo tanto, este ítem se cambió a “No soporto que me agarren por sorpresa”. Asimismo, se realizaron adaptaciones adicionales para reflejar una forma más coloquial del español mexicano. Además, las opciones de respuesta se incrementaron de cinco a seis, ya que se ha encontrado que la precisión psicométrica es baja cuando se utilizan cinco o menos opciones y se mantiene estable después de seis (Simms et al., 2019). Los ítems fueron revisados por tres investigadores y profesores universitarios de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) con experiencia en trastorno emocional y trauma (DeVellis, 2016; Furr, 2011; Rubio et al., 2003). La batería de instrumentos se configuró en la plataforma de encuestas en línea

SurveyMonkey y los participantes fueron reclutados mediante anuncios publicados en redes sociales.

Análisis Estadísticos

Los análisis estadísticos se estimaron utilizando el paquete SPSS-25 y AMOS-23. En primer lugar, se realizó un análisis de variabilidad de los ítems. En segundo lugar, se estimó la normalidad multivariada con el coeficiente de Mardia, el cual según Bollen (1989), indica que la muestra presenta normalidad multivariada cuando el coeficiente de Mardia es menor que $p(p+2)$, donde p es el número de variables observadas. Tercero, se llevó a cabo un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) para examinar la estructura factorial de la adaptación mexicana de la IUS-12. El ajuste del modelo fue evaluado considerando los siguientes índices de ajuste: Chi cuadrada (χ^2), Chi cuadrada relativa (χ^2/df), Índice de ajuste comparativo (CFI), Índice de Tucker-Lewis (TLI), Raíz cuadrada media residual estandarizada (SRMR), y Raíz del error cuadrático medio de aproximación (RMSEA). Se considerará un ajuste apropiado del modelo cuando χ^2/df se ubique entre 1 y 3, CFI y TLI $\geq .95$, SRMR $\leq .08$, and RMSEA $\leq .06$ (Bagozzi & Yi, 2011; Hu & Bentler, 2009). En cuarto lugar, la consistencia interna se estimó con coeficientes de Omega (Reise et al., 2012; Rodriguez et al., 2016). A continuación, para evaluar si el modelo era invariable entre sexos, se realizó un análisis multigrupo, se respalda una fuerte invariancia cuando $\Delta CFI \leq .01$, $\Delta RMSEA \leq .015$ y $\Delta \chi^2$ resultados con $p > .05$ (Cheung & Rensvold, 2002). Finalmente, para evaluar la validez convergente se calcularon las correlaciones de Pearson entre la IUS-12 y las puntuaciones medias de los síntomas de preocupación, ansiedad y depresión.

Resultados

Análisis Descriptivos

Se calcularon las medias, desviación estándar, asimetría y curtosis. Las desviaciones estándar variaron entre 1.26 y 1.49, lo que indica una variación mínima. Ninguno de los índices de asimetría y curtosis se encontraron fuera de rango (Tabachnick & Fidell, 2013). Los estadísticos descriptivos de la muestra se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1

Media, desviación estándar, asimetría y curtosis

Ítem	Media	D.E.	Asimetría	Curtosis
1. Me molestan mucho los imprevistos o situaciones inesperadas.	4.05	1.39	-0.49	-0.19
2. Me frustra no tener toda la información que necesito.	4.51	1.27	-0.78	0.47
3. Anticipo todo para evitar las sorpresas.	4.27	1.28	-0.61	0.20
4. Un pequeño imprevisto puede arruinarlo todo, incluso con la mejor planificación.	3.87	1.39	-0.21	-0.53
5. Siempre quiero saber qué me depara el futuro.	3.96	1.48	-0.30	-0.64
6. No soporto que me agarren por sorpresa.	3.76	1.35	-0.27	-0.30

7. Debería ser capaz de organizar todo con anticipación	4.23	1.31	-0.56	0.11
8. La incertidumbre impide que disfrute plenamente de la vida.	4.10	1.50	-0.39	-0.64
9. Al momento de actuar, la incertidumbre me paraliza.	3.49	1.46	-0.08	-0.67
10. Cuando estoy indeciso(a) no funciono muy bien.	4.20	1.32	-0.42	-0.12
11. La más mínima duda puede impedir que actúe.	3.64	1.45	-0.14	-0.68
12. Evito cualquier situación incierta.	3.71	1.33	-0.14	-0.26

Análisis Factorial Confirmatorio

La normalidad multivariada de los datos se estimó mediante el coeficiente de curtosis multivariante de Mardia, el cual tuvo un valor de 35.452. Este valor fue inferior al criterio de corte indicado por Bollen (1989) para 12 variables observadas, que sería de 12 (12 + 2) = 168. A continuación, se realizó un análisis factorial confirmatorio para probar la estructura factorial de la escala. Los parámetros del modelo fueron estimados mediante el método de estimación de máxima verosimilitud. Inicialmente, se probó el modelo de dos factores correlacionados y los índices de ajuste del modelo indicaron un ajuste del modelo aceptable (ver Tabla 2). Sin embargo, la correlación entre los factores resultó ser alta ($r=.77$). Por lo tanto, se examinó un

modelo factorial unidimensional, el cual mostró un ajuste deficiente. Finalmente, se estimó un modelo bifactorial que presentó el mejor ajuste. Estos resultados respaldan la conceptualización de la estructura factorial de la IUS-12M como un factor general y un factor prospectivo e inhibitorio específico (ver Figura 1).

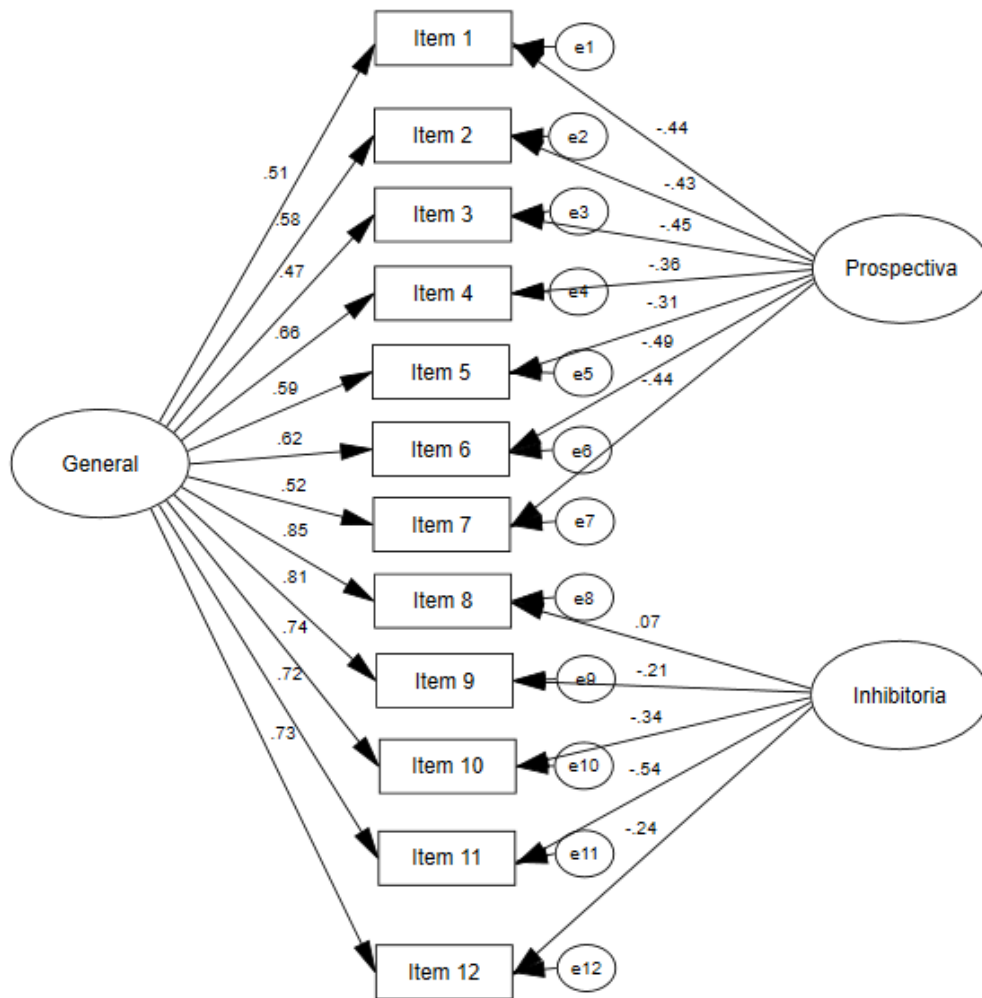
Tabla 2

Medidas de ajuste para los modelos comparados

Modelo	$\chi^2(df)$	p	χ^2/df	CFI	TLI	SRMR	RMSEA
Dos factores correlacionados	153.555 (53)	<.001	2.897	.962	.952	.047	.069
Unidimensional	402.246 (54)	<.001	7.579	.865	.835	.076	.128
Bifactor	89.823 (42)	<.001	2.139	.982	.971	.030	.053

Figura 1

Cargas factoriales estandarizadas para el modelo bifactorial de la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre de 12 ítems versión mexicana (IUS-12M)



Confiabilidad

El análisis de confiabilidad del modelo bifactorial se estimó a través de los coeficientes omega y omega jerárquicos, los cuales son los índices de confiabilidad más adecuados para los modelos bifactoriales (Rodríguez et al., 2016). El coeficiente omega de la escala total ($\omega = 0.91$) representa la varianza en el puntaje total sin distinguir entre la varianza atribuida a los factores generales y específicos. se estimó el omega jerárquico ($\omega_H = 0.80$), que representa la proporción de varianza explicada por el factor general después de controlar la varianza explicada por los factores específicos. La varianza única de cada factor específico después de controlar la varianza explicada por el factor general fue $\omega_{HS} = .30$ para el factor Prospectivo y $\omega_{HS} = .09$ para el factor Inhibitorio. Según la varianza común explicada (ECV), el 75% de la varianza común fue atribuible al factor general de IUS-12. Dado que el valor de ECV fue mayor que .60, el porcentaje de correlaciones no contaminadas (PUC=.53) menor que .80, y ω_H mayor a .70 una interpretación unidimensional de la escala es apropiada (Reise et al., 2012).

Invarianza

Para examinar la invarianza del modelo bifactorial entre los sexos, se realizó un análisis multigrupo. En primer lugar, se comparó el modelo configuracional o de referencia, que permitió estimar libremente las cargas factoriales, con un modelo de invarianza métrica que restringió las cargas factoriales entre los dos grupos. Luego, este modelo se comparó con un modelo de invarianza escalar que también restringió las intersecciones junto con las cargas

factoriales. Por último, este modelo se comparó con un modelo de invarianza estricta, que restringió además los residuos (ver Tabla 3). La prueba de invarianza demostró que la estructura factorial era equivalente entre hombres y mujeres, con la excepción de uno de los parámetros del modelo de invarianza. En este caso, se podría asumir una invarianza parcial (Dimitrov, 2010), sin embargo, se reconoce que las pruebas de invarianza estricta son excesivamente restrictivas (Bentler, 2004).

Tabla 3

Invarianza de medición entre mujeres y hombres

	$\chi^2(df)$	χ^2/df	CFI	RMSEA (90% IC)	$\Delta\chi^2$	ΔCFI	$\Delta RMSEA$
Configuracional	141.037 (86)	1.640	.978	.040 (.028-.051)			
Métrica	146.811 (107)	1.372	.984	.030 (.017-.042)	5.774 $p=.999$.006	-.01
Escalar	202.955 (119)	1.706	.967	.042 (.032-.052)	56.144 $p<.01$	-.017	.012
Estricta	221.706 (133)	1.667	.965	.041 (.031-.050)	18.750 $p=.175$	-.002	-.001

Validez Convergente

De acuerdo con la red nomológica de la intolerancia a la incertidumbre, este constructo contribuye a cogniciones desadaptativas, como la preocupación y las conductas de evitación presentes en los trastornos emocionales (Boswell et al., 2013). Estudios han demostrado que la intolerancia a la incertidumbre es un factor de mantenimiento debido a sus asociaciones positivas con una variedad de trastornos psicológicos, como la depresión y los trastornos de ansiedad (Carleton et al., 2012). Se espera que la IUS-12 tenga una relación positiva con las medidas de ansiedad, depresión y preocupación. Se encontró una correlación significativa entre la IUS-12M y las medidas de ansiedad (BAI), depresión (BDI-II) y preocupación (PSWQ-11). Los resultados indicaron que la IUS-12M estaba fuertemente correlacionada con el PSWQ-11 ($r = .685, p < .001$) y el BDI-II ($r = .582, p < .001$), y moderadamente con el BAI ($r = .439, p < .001$). Estos resultados apoyan la validez convergente de la escala.

Discusión

Después de realizar la adaptación cultural de los ítems individuales, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio para comparar distintos modelos de medición: dos factores correlacionados, unidimensional y bifactorial. Inicialmente, se examinó el modelo de dos factores correlacionados, que se basó en investigaciones anteriores con muestras clínicas y no clínicas en inglés (Carleton et al., 2007; Khawaja & Yu, 2010; McEvoy & Mahoney, 2011). Los resultados mostraron un ajuste adecuado del modelo, pero se observó una fuerte

asociación entre los dos factores. Por lo tanto, se evaluó un modelo unidimensional, el cual presentó un ajuste deficiente, lo cual concuerda con investigaciones previas (Carleton et al., 2007; Shihata et al., 2018). Finalmente, se analizó un modelo bifactorial, que resultó en el mejor ajuste del modelo para los datos. La solución del modelo bifactorial también fue respaldada por hallazgos recientes para el IUS-12 (Kumar et al., 2021; Lauriola et al., 2016; Shihata et al., 2018). Por lo tanto, los resultados indicaron que la estructura del IUS-12M se explica mejor mediante un modelo bifactorial compuesto por un factor general y dos factores específicos (incertidumbre prospectiva e inhibidora).

La IUS-12M demostró una buena consistencia interna para el factor general, el cual explicó la mayor parte de la varianza común del modelo. La confiabilidad del IUS-12M fue similar a modelos bifactoriales previos, como la versión en italiano (Lauriola et al., 2016) y la india (Kumar et al., 2021). Investigaciones previas han sugerido diferentes enfoques para interpretar y evaluar los factores prospectivo e inhibitorio, mientras que algunos estudios indican que el uso de un puntaje total es más apropiado. Sin embargo, estas afirmaciones no han sido respaldadas completamente desde una perspectiva psicométrica (Hale et al., 2016). La inclusión de un modelo bifactorial permite examinar si las subescalas contribuyen de manera significativa a la varianza después de controlar el factor general, o si la escala representa un único constructo subyacente (Rodríguez et al., 2016). Dado que el factor general del IUS-12M explicó una mayor cantidad de varianza común y los factores específicos prospectivo e inhibitorio no contribuyeron sustancialmente a la confiabilidad del puntaje total, el uso del puntaje total es una medida más apropiada para las evaluaciones. Este resultado

también está en línea con otros modelos bifactoriales de la escala (Hale et al., 2016; Kumar et al., 2021; Lauriola et al., 2016).

En cuanto a la invarianza de escala, se espera que los instrumentos psicométricos evalúen constructos similares en hombres y mujeres. Sin embargo, rara vez se prueba la invarianza, lo que lleva a que los sesgos en los hallazgos de investigación pasen desapercibidos (Steyn & de Bruin, 2020). En el caso de la IUS-12, existe evidencia limitada sobre la invarianza de sexo, aunque los estudios existentes informan una invarianza parcial (Helsen et al., 2013; Kumar et al., 2021; Lauriola et al., 2016). En el caso de la versión mexicana, el modelo bifactorial se mantuvo estable tanto en mujeres como en hombres, según lo indicado tanto por la estructura factorial como por las cargas factoriales.

Para evaluar la validez convergente de la escala, se realizaron correlaciones entre la IUS-12M y medidas de preocupación, depresión y ansiedad. De acuerdo con la red nomológica, se esperaba que el constructo de intolerancia a la incertidumbre estuviera positiva y fuertemente relacionado con la preocupación, y moderadamente relacionado con la depresión y la ansiedad. En este estudio, se encontró que este patrón hipotetizado fue respaldado por las tres medidas. Sin embargo, la correlación fue más fuerte para la depresión que para la ansiedad. Esto puede explicarse por hallazgos previos que indican que la ansiedad rasgo tiene una relación más fuerte con la intolerancia a la incertidumbre que la ansiedad estado (Khawaja & Yu, 2010). Los análisis de correlación revelaron que los participantes con puntajes altos en intolerancia a la incertidumbre también presentaron puntajes altos en preocupación, depresión y ansiedad, lo cual es consistente con estudios anteriores (Helsen et

al., 2013; Kretzmann & Gauer, 2020; McEvoy & Mahoney, 2011; Pineda-Sánchez, 2018). En general, los patrones de correlación entre la IUS-12M y la preocupación, la depresión y la ansiedad respaldaron la validez convergente de la adaptación mexicana. Sin embargo, es importante tener en cuenta que, aunque examinamos la validez convergente en este estudio, futuras investigaciones deberían también examinar la validez discriminante para fortalecer aún más la evidencia de validez de esta medida.

Limitaciones

Los hallazgos de este estudio deben interpretarse en el contexto de varias limitaciones, principalmente en lo que respecta a las características de la muestra. A pesar de los esfuerzos por buscar una muestra diversa, la mayoría de los participantes vivían en el área metropolitana de la Ciudad de México y aproximadamente el 60% tenía un título universitario. México es un país culturalmente diverso con un bajo nivel de educación terciaria en general (es decir, menos del 25% de la población tiene un título universitario; OECD, 2019). Además, la muestra consistió en individuos no clínicos. Por lo tanto, los hallazgos actuales podrían no generalizarse completamente a personas con menos educación o que viven en otras regiones. Sin embargo, en cuanto a las características no clínicas, investigaciones anteriores encontraron propiedades psicométricas estables en muestras clínicas y no clínicas (Khawaja & Yu, 2010). En contraste, en comparación con otras adaptaciones basadas exclusivamente en muestras de estudiantes jóvenes (e.g., Kumar et al., 2021), Los resultados de este estudio se derivan de una muestra con un rango de edad más amplio. A pesar de las limitaciones de la muestra, estos hallazgos se alinean bien con la investigación internacional, lo cual puede ser indicativo de propiedades psicométricas sólidas para la actual adaptación mexicana. Dicho esto, futuras

investigaciones deben buscar muestras más representativas. En resumen, la IUS-12M demostró una buena consistencia interna, invarianza entre los géneros y una validez convergente robusta.

Conclusión

La intolerancia a la incertidumbre es un constructo transdiagnóstico que desempeña un papel significativo en el desarrollo, mantenimiento y tratamiento de los trastornos emocionales. La versión abreviada de la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (IUS-12) ha demostrado ser una medida sólida de autoinforme para evaluar la intolerancia a la incertidumbre. Estudios psicométricos previos de la IUS-12 han respaldado una estructura de dos factores que corresponde a los factores prospectivo e inhibitorio de la intolerancia a la incertidumbre. Sin embargo, estudios recientes respaldan el modelo bifactorial como el que mejor explica la estructura factorial de la IUS-12. En este estudio, se llevó a cabo la adaptación y validación cultural de la IUS-12 en una muestra comunitaria mexicana de 405 adultos. Los análisis factoriales confirmatorios indicaron que el modelo bifactorial presentaba el mejor ajuste al modelo. El factor general mostró una buena consistencia interna, con un $\omega_H=0.80$. Las pruebas de invarianza revelaron una invarianza parcial entre hombres y mujeres. En cuanto a la validez convergente, los resultados demostraron que la IUS-12M estaba relacionada con medidas de preocupación, depresión y ansiedad. Estos hallazgos respaldan la confiabilidad y validez convergente de la versión adaptada de la IUS-12.

Etapa II: Evaluación del modelo Transdiagnóstico

Antecedentes

La sintomatología de depresión y de estrés postraumático son altamente prevalentes y comórbidos, con tasas de comorbilidad que se sitúan entre el 48% y el 55%. Las personas que experimentan síntomas comórbidos de depresión y estrés postraumático reportan niveles más bajos de funcionamiento, síntomas más graves y resultados de tratamiento menos favorables. A pesar de la marcada superposición entre estas sintomatologías, la investigación sobre los mecanismos psicológicos subyacentes que contribuyen a su comorbilidad es limitada. Los estudios previos se han centrado principalmente en las contribuciones individuales de factores cognitivos y emocionales a la psicopatología.

El enfoque transdiagnóstico tiene el potencial de ampliar la comprensión de los patrones de comorbilidad presentes en la psicopatología, al basarse en variables comunes asociadas con su desarrollo y mantenimiento. En el caso de los síntomas de depresión y de estrés postraumático, se han identificado varios factores de vulnerabilidad de naturaleza transdiagnóstica, como la intolerancia a la incertidumbre, la rumia y la desregulación emocional.

La intolerancia a la incertidumbre ha surgido como un factor transdiagnóstico asociado

a los síntomas de depresión y estrés postraumático. Algunos estudios sugieren una relación directa entre la intolerancia a la incertidumbre y los síntomas de depresión, mientras que otros plantean una relación indirecta mediada por constructos como la ansiedad rasgo o el afecto negativo. Sin embargo, la evidencia del papel de la intolerancia a la incertidumbre en los síntomas de estrés postraumático y su posible mediación por otros factores es limitada.

Asimismo, la desregulación emocional se ha asociado tanto con los síntomas de depresión como con los de estrés postraumático. Los análisis de mediación han demostrado que la desregulación emocional actúa como un mediador parcial en la relación entre los síntomas de depresión y diversos factores transdiagnósticos. En el contexto del estrés postraumático, se ha observado que la desregulación emocional media los efectos del tipo de trauma y el afecto negativo en los síntomas. Además, estudios han identificado a la rumia como un mediador significativo entre diversos factores y los síntomas de depresión. De manera similar, la rumia se ha encontrado que media la relación entre la hostilidad, la evaluación cognitiva de eventos traumáticos y la rumia deliberada con los síntomas de estrés postraumático.

Por otra parte, es importante señalar que la mayoría de las investigaciones sobre estos factores transdiagnósticos se han llevado a cabo en países de América del Norte y Europa, lo que limita su comprensión con respecto a otras regiones como América Latina, y dificulta la generalización de los hallazgos a poblaciones diversas. La evidencia ha señalado que factores como el apoyo social y la cohesión familiar, cuyos niveles pueden variar entre países, están asociados con la gravedad de los síntomas de depresión y con el inicio y la intensidad de los síntomas de estrés postraumático.

Método

Objetivo

El objetivo de este estudio fue evaluar un modelo transdiagnóstico que explora la relación entre la intolerancia a la incertidumbre, la desregulación emocional, la rumia y los síntomas de depresión y estrés postraumático en un país latinoamericano (México) y un país de Europa Occidental (Países Bajos).

Hipótesis

Hipótesis 1: La intolerancia a la incertidumbre, la desregulación emocional y la rumia predecirán los síntomas de depresión y estrés postraumático.

Hipótesis 2: La desregulación emocional y la rumia mediaran la relación entre la intolerancia a la incertidumbre los síntomas de depresión y estrés postraumático.

Hipótesis 3: El apoyo social y la cohesión familiar moderarán la relación entre los factores transdiagnósticos los síntomas de depresión y estrés postraumático.

Hipótesis 4: El modelo transdiagnóstico será similar en ambas muestras, pero un efecto más

fuerte del apoyo social y la cohesión familiar en la muestra mexicana.

Participantes

El estudio se llevó a cabo con dos muestras no probabilísticas por conveniencia. Los datos se recopilaban en dos países diferentes: México ($N = 399$) y los Países Bajos ($N = 358$), en total 757. Los participantes de la muestra mexicana tenían entre 18 y 70 años de edad ($M = 36.99$, $SD = 11.48$), mientras que los participantes de la muestra neerlandesa tenían entre 18 y 71 años de edad ($M = 28.50$, $SD = 13.96$). En ambas muestras, la mayoría de los participantes eran mujeres, representando el 80% del total de participantes. La Tabla 4 resume la información demográfica de ambas muestras.

Tabla 4

Información sociodemográfica

	México ($n = 399$)	Países Bajos ($n = 358$)
Edad, M (DE)	36.99 (11.48)	28.37 (13.73)
Sexo, n (%)		
Mujer	322 (80.7)	287 (80.2)
Hombre	74 (18.5)	67 (18.7)
Otro	3 (0.8)	4 (1.1)
Estado civil, n (%)		
Soltero	217 (54.4)	267 (74.6)

Casados o unión libre	128 (32.1)	72 (20)
Otro	54 (13.5)	19 (5.4)
Nivel máximo educativo, <i>n</i> (%)		
Preparatoria	50 (12.5)	297 (82.7)
Universitario	349 (87.5)	62 (17.3)
Ocupación, <i>n</i> (%)		
Estudiante	96 (24.1)	210 (58.7)
Empleo	239 (59.9)	105 (29.4)
Desempleado	43 (10.8)	12 (3.4)
Otro	21 (5.2)	31 (8.5)
Religion, <i>n</i> (%)		
Si	247 (61.2)	72 (20.3)
No	152 (38.1)	286 (79.7)

Consideraciones Éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, de la Universidad Nacional Autónoma de México (CE/FESI/042022/1495) y la Facultad de Ciencias del Comportamiento y Sociales de la Universidad de Groningen (PSY-2122-S-0419).

Variables

Variable Independiente

- ***Intolerancia a la Incertidumbre***

Definición conceptual: incapacidad disposicional de un individuo para tolerar las respuestas aversivas desencadenadas por la percepción de la ausencia de información relevante, clave o suficiente y sostenida por la percepción asociada de incertidumbre (Carleton, 2007; Carleton, 2016).

Definición operacional: puntaje obtenido de la escala de intolerancia a la incertidumbre (IUS-12) (Carleton et al., 2007).

Variables Dependientes

- ***Síntomas de Depresión***

Definición conceptual: grado de gravedad de los síntomas depresivos que pueden incluir: tristeza, llanto, fatiga, pérdida de interés y placer, sentimientos de culpa e inutilidad, cambios en el apetito, dificultad para concentrarse, ideación suicida y cambios en los hábitos de sueño (APA, 2013).

Definición operacional: puntaje obtenido del Inventario de Depresión de Beck, segunda edición (Beck et al., 1996).

- ***Síntomas de Estrés Postraumático***

Definición conceptual: grado de gravedad de los síntomas de estrés postraumático que pueden incluir: reexperimentación, evitación, síntomas emocionales y conductuales basados en un miedo intenso, cambios de humor y cogniciones negativas, o síntomas asociados con la activación (APA, 2013).

Definición operacional: puntaje obtenido de la Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático para el DSM-5 (Weathers et al., 2013).

Variables Mediadoras

- ***Desregulación Emocional***

Definición conceptual: formas desadaptativas de responder a las emociones, incluyendo falta de conciencia, comprensión y aceptación de las emociones; la incapacidad de controlar comportamientos cuando se experimenta angustia emocional; falta de acceso a estrategias situacionalmente apropiadas para modular la duración y/o intensidad de las respuestas emocionales para cumplir con objetivos individuales y demandas situacionales; y falta de voluntad o renuencia para experimentar angustia emocional como parte de la búsqueda de actividades significativas en la vida (Gratz & Roemer, 2004).

Definición operacional: puntaje obtenido de la escala de Dificultades en Regulación Emocional (Gratz & Roemer, 2004).

- ***Rumia***

Definición conceptual: pensamientos repetitivos y pasivos sobre emociones negativas, sus posibles consecuencias y causas (Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema et al., 2008).

Definición operacional: puntaje obtenido en la Escala de Respuestas Rumiativas (Treyner et al., 2003).

Variables Moderadoras

- ***Percepción de Apoyo Social***

Definición conceptual: apoyo que una persona siente que recibe de tres fuentes diferentes: su familia, amigos y otras personas importantes en su vida (Zimet et al., 1998).

Definición operacional: puntaje obtenido de la Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (Zimet et al., 1998).

- ***Percepción de Cohesion Familiar***

Definición conceptual: vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí (Olson, 2011).

Definición operacional: puntaje obtenido de la subescala de Cohesión Familiar (Olson, 2011).

Instrumentos

Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (IUS-12; Carleton et al., 2007). La IUS-12 es una medida de autoinforme compuesta por 12 ítems que evalúa la capacidad de los individuos para tolerar la incertidumbre acerca de eventos futuros ambiguos. La adaptación mexicana del IUS-12 se realizó en la Etapa I del estudio y ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas, incluyendo una buena confiabilidad interna con coeficientes omega de .80 (Hernández-Posadas et al., 2023). La versión en neerlandés estimó una consistencia interna para la puntuación total de $\alpha = .83$.(Helsen et al., 2013).

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS; Gratz & Roemer, 2004). El DERS es una medida de autoinforme que evalúa los niveles típicos de desregulación emocional en los individuos. Los ítems se califican en una escala Likert de 5 puntos, donde puntuaciones más altas indican una mayor desregulación emocional. La versión mexicana consta de 15 ítems y mostró una buena consistencia interna con un $\alpha = .80$ (De la Rosa et al., 2021). La versión neerlandesa consta de 32 ítems y mostró una buena consistencia interna con un $\alpha = .81$ (Neumann et al., 2010). El alfa de Cronbach en este estudio fue de .94 para la muestra mexicana y de .93 para la muestra neerlandesa.

Escala de Respuestas Rumiativas (RRS; Treynor et al., 2003). La RRS es una medida de autoinforme utilizada para evaluar la tendencia de una persona a enfocarse en las causas, consecuencias y síntomas de un estado de ánimo depresivo. Los ítems se califican en una escala de 4 puntos (casi nunca a casi siempre). La versión mexicana consta de 22 ítems y mostró una excelente consistencia interna con un $\alpha = .93$ (Hernández-Martínez et al., 2016). La versión neerlandesa consta de 26 ítems y mostró una excelente consistencia interna con un

$\alpha = .92$ (Raes et al., 2003). El alfa de Cronbach en este estudio fue de .94 para la muestra mexicana y de .91 para la muestra neerlandesa.

Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II; Beck et al., 1996). El BDI-II es una medida de autoinforme compuesta por 21 ítems que evalúa los comportamientos, actitudes y sentimientos que caracterizan los síntomas de depresión en las últimas dos semanas. Los ítems tienen cuatro opciones de respuesta que reflejan la frecuencia o gravedad creciente de los síntomas. La adaptación y validación en México ha mostrado una excelente consistencia interna, con $\alpha = .92$ en la muestra de estudiantes y $\alpha = .87$ en la muestra comunitaria (González et al., 2015). La versión neerlandesa ha mostrado una excelente consistencia interna, con $\alpha = .92$ en muestra clínica y $\alpha = .93$ en muestra estudiantil (Van der Does, 2002). El alfa de Cronbach en este estudio fue de .93 para la muestra mexicana y de .91 para la muestra neerlandesa.

Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático para el DSM-5 (PCL-5; Weathers et al., 2013). El PCL-5 es una medida de autoinforme utilizada para determinar la gravedad de los síntomas de TEPT. Los 20 ítems se califican en una escala Likert que va de 0 a 4, donde puntuaciones más altas indican síntomas de TEPT más elevados. La versión mexicana mostró una excelente consistencia interna con un $\alpha = .97$ (Durón-Figueroa et al., 2019). La versión neerlandesa mostró una excelente consistencia interna con un $\alpha = .94$ (Boeschoten et al., 2014). El alfa de Cronbach en el estudio fue de .94 para la muestra mexicana y de .94 para la muestra neerlandesa.

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (Zimet et al., 1998). Es una escala de autoinforme compuesta por 12 ítems que mide cuánto apoyo percibe una persona que recibe

de tres fuentes diferentes: su familia, amigos y otras personas importantes en su vida. Los participantes califican cada ítem en una escala Likert de 5 puntos, desde 0 (nunca) hasta 5 (siempre). Puntuaciones más altas corresponden a una mayor percepción de apoyo social. El coeficiente de confiabilidad de Cronbach para la muestra mexicana fue de .93 y para la muestra neerlandesa fue de .90.

Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES-IV; Olson, 2011). La subescala de Cohesión familiar es una medida de autoinforme compuesta por seis ítems de la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar. La subescala mide el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí. Los participantes califican cada ítem en una escala Likert de 5 puntos, que va desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). Puntuaciones promedio más altas indican mayores niveles de cohesión familiar. El coeficiente de confiabilidad de Cronbach para la muestra mexicana fue de .91 y para la muestra neerlandesa fue de .92.

Diseño

El estudio fue de tipo explicativo ya que tuvo como objetivo evaluar un modelo acerca de las relaciones existentes entre un conjunto de variables derivado de la teoría subyacente (Ato et al., 2013). Se utilizó un diseño *ex post facto* transversal ya que las variables independientes no fueron manipuladas (Montero & León, 2007).

Tamaño de la muestra

Para estimar el tamaño de la muestra, se realizó una simulación de análisis de potencia

de Monte Carlo para la estimación de efectos en el modelado de ecuaciones estructurales. Los análisis de potencia de Monte Carlo son considerados el enfoque más adecuado para determinar la potencia y el tamaño de muestra en modelos de mediación (Schoemann et al., 2017). Se estimó que se requerían como mínimo 300 participantes por muestra para que los efectos indirectos de los mediadores tuvieran un tamaño mínimo de 0.18, con una probabilidad de error α de 0.05 y una potencia estadística de 0.80.

Procedimiento

El estudio utilizó un formato electrónico para administrar la batería de instrumentos, la cual se llevó a cabo a través de dos plataformas de encuestas en línea, *SurveyMonkey* y *Qualtrics*. Los participantes de la muestra mexicana fueron reclutados mediante anuncios en redes sociales en Facebook, mientras que los participantes de la muestra neerlandesa fueron reclutados a través de anuncios en redes sociales y una plataforma de investigación en la Universidad de Groningen. Los participantes de la Universidad de Groningen recibieron créditos de curso por su participación. Antes de participar en el estudio, se les proporcionó una breve descripción y objetivo del mismo. Posteriormente, se solicitó a los participantes que aceptaran electrónicamente el consentimiento informado. La participación en el estudio fue voluntaria, anónima y no se compensó económicamente.

Análisis estadísticos

Se realizó un análisis descriptivo de los datos, calculando las medidas de media, desviación estándar para todas las variables continuas, y frecuencias y proporciones para todas

las variables categóricas. El análisis de datos se llevó a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS-25 y AMOS-23. Se evaluaron las correlaciones de orden cero entre las variables del estudio utilizando coeficientes de correlación de Pearson. El modelo transdiagnóstico se evaluó a través de indicadores de ajuste para ecuaciones estructurales y el análisis de los efectos directos e indirectos de cada variable transdiagnóstica. Los parámetros del modelo se estimaron utilizando la estimación de máxima verosimilitud. El ajuste del modelo se evaluó teniendo en cuenta los siguientes índices: Chi cuadrado (χ^2), Chi cuadrado relativo (χ^2/df), Raíz cuadrada del error de aproximación medio (RMSEA), Índice de ajuste comparativo (CFI), Índice de ajuste normado (NFI) y Residuo estandarizado de la raíz cuadrada media (SRMR) (Bagozzi & Yi, 2012; Hu & Bentler, 2009). Se realizaron análisis de mediación para probar si la desregulación emocional y la rumia mediaban la relación entre la intolerancia a la incertidumbre y los síntomas de depresión y estrés postraumático. Se llevaron a cabo análisis de moderación utilizando PROCESS v3.5 para examinar en qué medida las variables culturales influían en la asociación entre los factores transdiagnósticos y los síntomas depresivos y de estrés postraumático.

Resultados

Análisis Descriptivos

Las medias, las desviaciones estándar y las correlaciones de orden cero para las variables del estudio se muestran en la Tabla 5 para la muestra mexicana y en la Tabla 6 para la muestra neerlandesa. En ambas muestras, todas las variables transdiagnósticas mostraron

correlaciones significativas entre sí. La intolerancia a la incertidumbre, la desregulación emocional y la rumia demostraron correlaciones positivas con la depresión y los síntomas de estrés postraumático en ambas muestras. Por otra parte, los factores como apoyo social y cohesión familiar se correlacionaron negativamente con los factores transdiagnósticos, así como con la depresión y los síntomas de estrés postraumático. En la muestra mexicana se observó una fuerte correlación entre los síntomas de depresión y los síntomas de estrés postraumático ($r = .774, p < .01$), los síntomas de depresión y rumia ($r = .763, p < .01$), los síntomas de depresión y la desregulación emocional ($r = .727, p < .01$), así como la desregulación emocional y la rumia ($r = .722, p < .01$). En la muestra neerlandesa, se observó una fuerte correlación entre los síntomas de depresión y los síntomas de estrés postraumático ($r = .719, p < .01$), así como de la desregulación emocional y los síntomas depresión ($r = .705, p < .01$). En la muestra mexicana se observaron medias más altas para los síntomas de depresión y de estrés postraumático.

Table 5

Medias, desviaciones estándar y correlaciones de orden cero en la muestra mexicana

Medida	<i>M</i>	<i>DE</i>	1	2	3	4	5	6	7
1. Intolerancia a la incertidumbre	43.90	11.84	-						
2. Desregulación emocional	31.61	13.87	.590**	-					
3. Rumia	51.20	15.02	.621**	.722**	-				
4. Depresión	18.22	12.80	.581**	.727**	.763**	-			
5. Estrés postraumático	27.95	17.63	.558**	.678**	.719**	.774**	-		

6. Apoyo social	31.57	10.17	-.254**	-.281**	-.286**	-.409**	-.329**	-
7. Cohesión familiar	23.61	6.81	-.228**	-.275**	-.305**	-.346**	-.353**	.653**

Nota: ** $p < .01$

Table 6

Medias, desviaciones estándar y correlaciones de orden cero en la muestra neerlandesa

Medida	<i>M</i>	<i>DE</i>	1	2	3	4	5	6	7
1. Intolerancia a la incertidumbre	33.89	7.73	-						
2. Desregulación emocional	77.53	20.82	.534**	-					
3. Rumia	54.27	13.48	.535**	.634**	-				
4. Síntomas de Depresión	13.29	10.15	.480**	.705**	.665**	-			
5. Síntomas de Estrés postraumático	19.73	15.65	.365**	.568**	.577**	.719**	-		
6. Apoyo social	35.96	7.83	-.160**	-.241**	-.168**	-.447**	-.379**	-	
7. Cohesión familiar	26.53	6.01	-.116*	-.256**	-.252**	-.377**	-.384**	.513**	-

Nota: ** $p < .01$, * $p < .05$

Modelo de Ecuaciones Estructurales

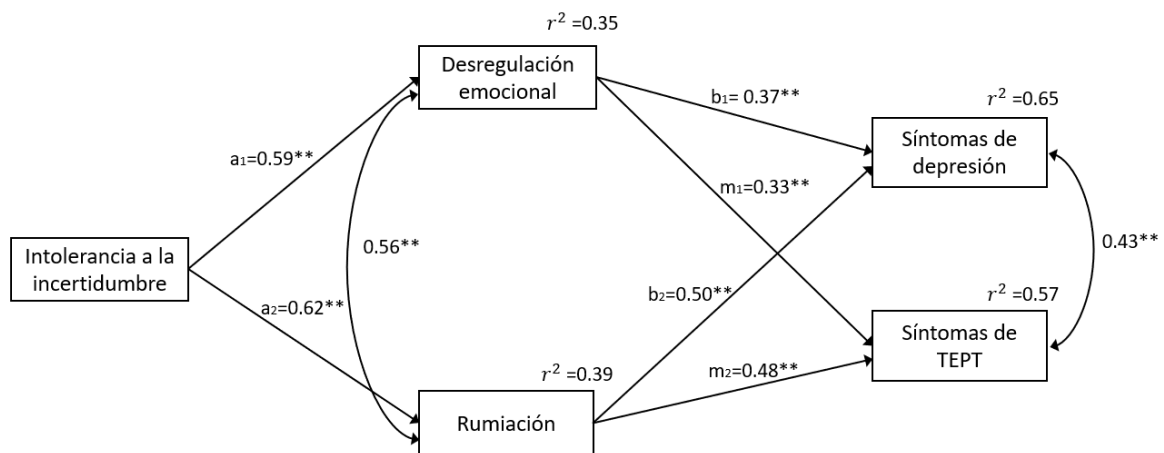
El modelo transdiagnóstico se construyó considerando los síntomas de depresión y los síntomas de estrés postraumático como variables dependientes, la desregulación emocional y la rumia como mediadores entre la intolerancia a la incertidumbre y las variables dependientes. Se establecieron covarianzas entre los síntomas de depresión y los síntomas de estrés postraumático, así como la desregulación emocional y la rumia, debido a su superposición teórica y fuertes correlaciones. Se realizó un análisis del modelo que incorporaba variables sociodemográficas con el fin de evaluar su influencia en los síntomas de depresión y estrés postraumático. Sin embargo, los resultados indicaron que ninguna de las variables sociodemográficas mostró una significación estadística ($p \geq .05$). Posteriormente, se procedió a probar el modelo transdiagnóstico de manera independiente en las muestras mexicana y neerlandesa utilizando modelos de ecuaciones estructurales. Los índices de bondad de ajuste indicaron que el modelo tuvo un ajuste aceptable en la muestra mexicana (χ^2 (df) = 8.864 (2), CFI = .995; NFI = .993; RMSEA = .093, SRMR = .027) y para la muestra neerlandesa (χ^2 (df) = 2.198 (2), CFI = .99; NFI = .998; RMSEA = .017, SRMR = .01).

Las estimaciones de parámetros estandarizados para el modelo transdiagnóstico se presentan en la Figura 2 y 3, donde se observa un patrón consistente de cargas factoriales en las muestras de México y los Países Bajos, respectivamente. Los resultados revelaron efectos directos significativos entre las variables del modelo. Específicamente, se encontró una asociación estadísticamente significativa en el camino directo desde la intolerancia a la incertidumbre hacia la desregulación emocional y la rumia. De manera similar, los caminos directos desde la desregulación emocional y la rumia hacia los síntomas de depresión y los síntomas de estrés postraumático también fueron estadísticamente significativos.

En conjunto las variables del modelo explicaron el 65 % de la varianza de los síntomas de depresión y el 57 % de la varianza de los síntomas de estrés postraumático en la muestra mexicana. Además, en la muestra neerlandesa, explicaron el 58% de la variación en los síntomas de depresión y el 40% de la variación en los síntomas de estrés postraumático, confirmando así la hipótesis 1.

Figura 2

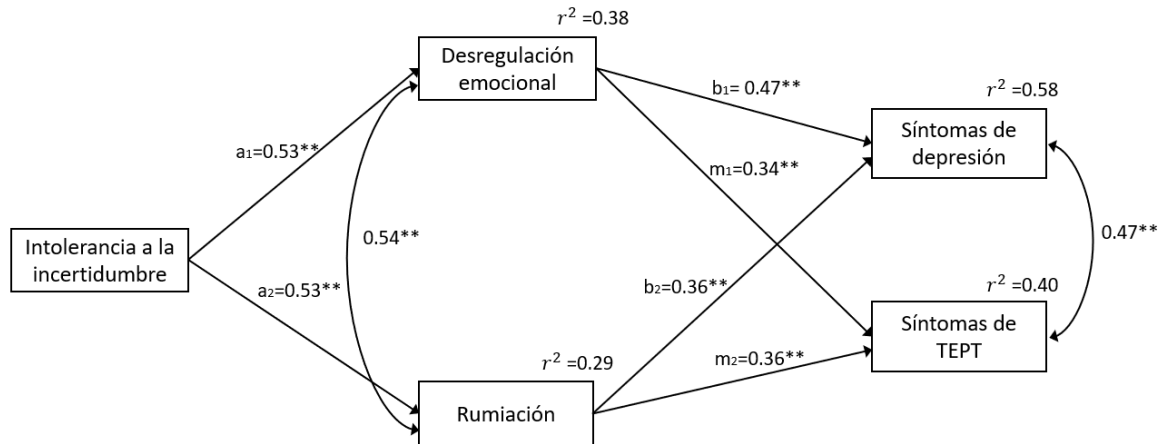
Parámetros estandarizados para el modelo transdiagnóstico en la muestra mexicana



Nota. $** p < .001$.

Figura 3

Parámetros estandarizados para el modelo transdiagnóstico en la muestra neerlandesa



Nota. $** p < .001$.

Análisis de Mediación

Como se planteó en la Hipótesis 2, la desregulación emocional y la rumia mediaron la relación entre la intolerancia a la incertidumbre y los síntomas de depresión. El efecto indirecto total en la muestra mexicana de la intolerancia a la incertidumbre sobre los síntomas de depresión a través de la desregulación emocional y la rumia fue estadísticamente significativo $a_1*b_1 + a_2*b_2 = 0.526$, $p < 0.001$, con un intervalo de confianza (IC) de 95% que va desde 0.465 a 0.581. De manera similar, se encontró un efecto indirecto estadísticamente significativo y distinto de cero de la intolerancia a la incertidumbre sobre los síntomas de

estrés postraumático a través de la desregulación emocional y la rumia $a_1*m_1 + a_2*m_2 = 0.494$, $p < 0.001$, IC a 95% CI 0.437 a 0.552.

Los resultados obtenidos en la muestra neerlandesa también respaldan la hipótesis 2 de que tanto la desregulación emocional como la rumia actúan como mediadores en la relación entre la intolerancia a la incertidumbre y los síntomas de depresión, así como los síntomas de estrés postraumático. Se encontró que el efecto indirecto total de la intolerancia a la incertidumbre sobre los síntomas de depresión a través de la desregulación emocional y la rumia fue estadísticamente significativo y diferente de cero $a_1*b_1 + a_2*b_2 = 0.448$, $p < 0.001$, con un IC de 95% que abarca de 0.385 a 0.511. De manera similar, el efecto indirecto de la intolerancia a la incertidumbre sobre los síntomas de estrés postraumático a través de la desregulación emocional y la rumia fue estadísticamente diferente de cero $a_1*m_1 + a_2*m_2$, $p < 0.001$, IC 95% de 0.314 a 0.439.

Análisis de Moderación

Los análisis de moderación se llevaron a cabo para examinar si el apoyo social y la cohesión familiar tenían un efecto moderador en la relación entre la desregulación emocional y la rumia y los síntomas de depresión y estrés postraumático. En la muestra mexicana, se encontró un efecto moderador estadísticamente significativo de la cohesión familiar en la relación entre la rumia y los síntomas de depresión $F(3,395) = 203.48$, $p < .001$, $R^2 = .607$, $b = -0.012$, $SE = 0.003$, 95% IC [-0.024, -0.005] (ver Tabla 6 y Figura 5). Asimismo, la cohesión familiar moderó la relación entre la rumia y los síntomas de estrés postraumático. $F(3,395) =$

156.43, $p < .001$, $R^2 = .543$, $b = -0.013$, $SE = 0.005$, 95% IC [-0.024, -0.001] (ver Tabla 7 y Figura 5). Sin embargo, en contraste con la hipótesis 3, no se encontró ningún efecto moderador del apoyo social en las relaciones dentro del modelo.

En la muestra neerlandesa, los resultados del análisis del moderador indicaron que la relación entre la desregulación emocional y los síntomas de depresión fue moderada tanto por el apoyo social $F(3,354) = 167.141$, $p < .001$, $R^2 = .586$, $b = -0.004$, $SE = 0.002$, 95% CI [-0.008, -0.001] y por la cohesión familiar $F(3,354) = 143.495$, $p < .001$, $R^2 = .548$, $b = -0.008$, $SE = 0.029$, 95% CI [-0.013, -0.002]. Del mismo modo, la relación entre la rumia y los síntomas de depresión también fue moderada tanto por el apoyo social $F(3,354) = 166.167$, $p < .001$, $R^2 = .584$, $b = -0.016$, $SE = 0.003$, 95% CI [-0.022, -0.009] y cohesión familiar $F(3,354) = 121.197$, $p < .001$, $R^2 = .506$, $b = -0.017$, $SE = 0.002$, 95% CI [-0.027, -0.007]. En cuanto a los síntomas de estrés postraumático, se encontró que la cohesión familiar moderó la relación entre la rumia y los síntomas de estrés postraumático $F(3,354) = 148.123$, $p < .001$, $R^2 = .400$, $b = -0.016$, $SE = 0.008$, 95% CI [-0.033, -0.0003].

En general, estos resultados respaldan parcialmente la Hipótesis 4, que predijo que el modelo transdiagnóstico sería similar en ambas muestras, pero que el efecto del apoyo social y la cohesión familiar sea más fuerte en la muestra mexicana. Aunque, el análisis de senderos indicó que los efectos directos e indirectos en el modelo fueron similares para ambas muestras. Los análisis de moderación revelaron diferencias significativas, mostrando efectos más fuertes en la muestra neerlandesa para la cohesión familiar y ningún efecto moderador del apoyo social en las relaciones dentro del modelo para la muestra mexicana.

Tabla 6

Efectos moderadores en la muestra mexicana

	b	SE	t	p	95% IC	
					Inferior	Superior
Síntomas de depresión						
Rumia	.616	.028	21.826	<.001	.560	.671
Cohesión familiar	-.217	.062	-3.476	<.001	-.339	-.094
Rumia* Cohesión familiar	-.012	.003	-3.296	.001	-.020	-.005
Síntomas de estrés postraumático						
Rumia	.789	.041	18.830	<.001	.707	.872
Cohesión familiar	-.363	.092	-3.917	<.001	-.545	-.181
Rumia* Cohesión familiar	-.013	.005	-2.288	.022	-.024	-.001

Figura 4

Efectos moderadores en la muestra mexicana

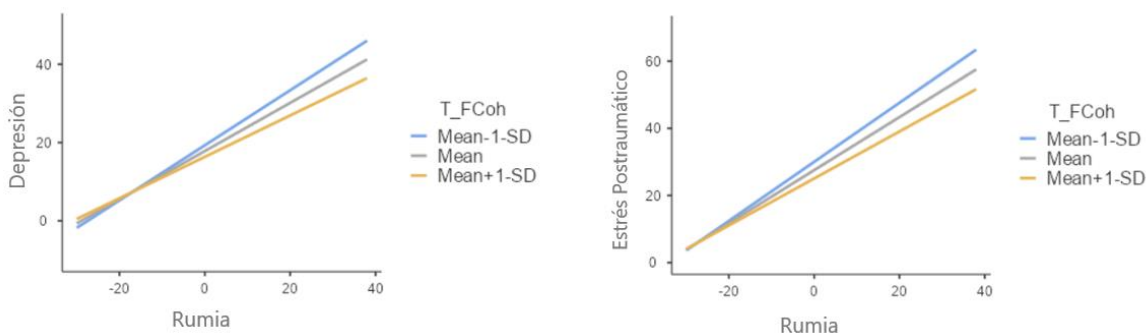
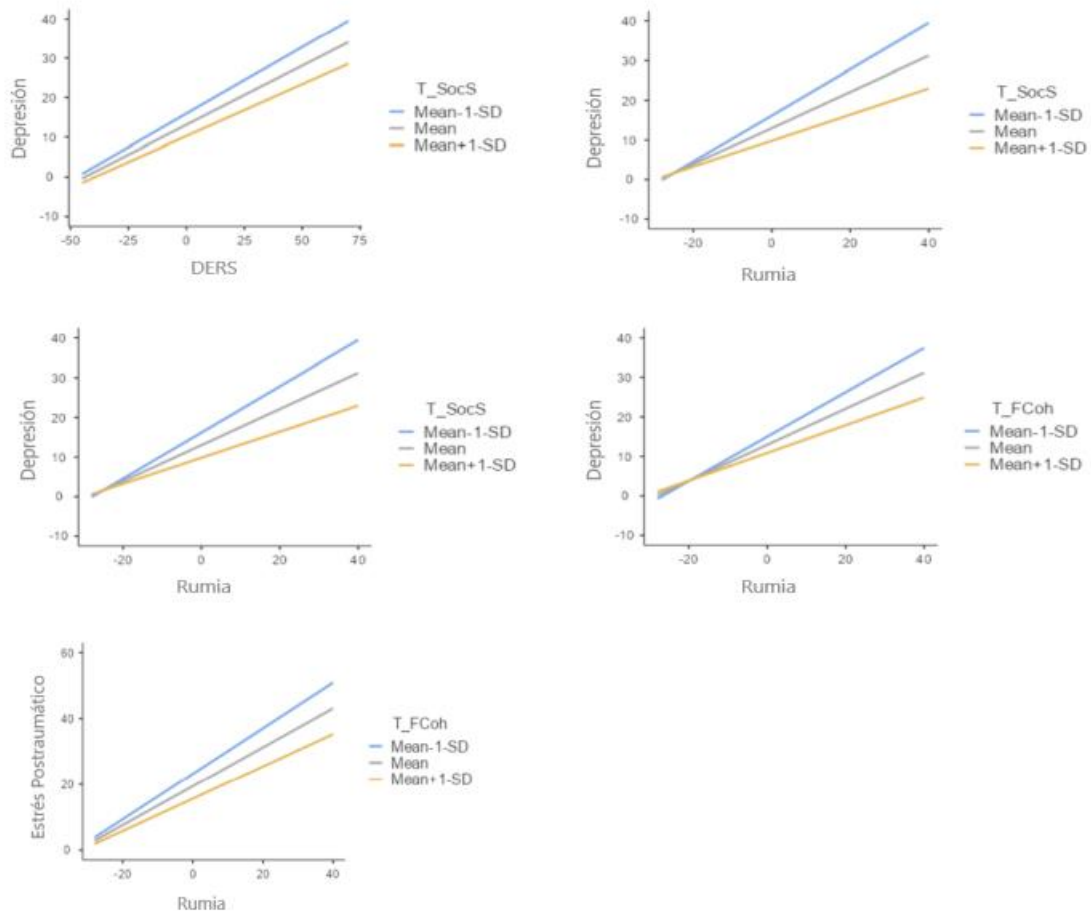


Tabla 7*Efectos moderadores en la muestra neerlandesa*

	b	SE	t	p	95% IC	
					Inferior	Superior
Síntomas de depresión						
Desregulación emocional	.299	.017	17.003	<.001	.264	.334
Apoyo social	-.362	.046	-7.837	<.001	-.453	-.271
Desregulación emocional* Apoyo social	-.004	.002	-2.474	.013	-.008	-.001
Desregulación emocional	.305	.018	16.474	<.001	.268	.341
Cohesión familiar	-.341	.062	-5.472	<.001	-.464	-.219
Desregulación emocional* Cohesión familiar	-.008	.002	-2.795	.005	-.013	-.002
Rumia	.456	.026	17.437	<.001	.404	.507
Apoyo social	-.406	.045	-8.872	<.001	-.496	-.316
Rumia*Apoyo social	-.016	.003	-4.804	<.001	-.022	-.009
Rumia	.456	.029	15.711	<.001	.399	.513
Cohesión familiar	-.342	.065	-5.206	<.001	-.471	-.213
Rumia*Cohesión familiar	-.017	.004	-3.587	<.001	-.027	-.007
Síntomas de estrés postraumático						
Rumia	.592	.049	12.004	<.001	.495	.690
Cohesión familiar	-.631	.111	-5.641	<.001	-.850	-.411
Rumia* Cohesión familiar	-.016	.008	-2.005	.045	-.033	-.0003

Figura 5

Efectos moderadores en la muestra neerlandesa



Discusión

El objetivo de este estudio fue evaluar un modelo transdiagnóstico que explora la relación entre la intolerancia a la incertidumbre, la desregulación emocional, la rumia y los síntomas de depresión y estrés postraumático en una muestra mexicana y una neerlandesa. El modelo transdiagnóstico se desarrolló considerando tanto factores cognitivos como emocionales, lo que permite examinar la compleja interacción entre estos factores y su contribución al desarrollo y mantenimiento de estas sintomatologías. En este estudio, se ha considerado la covarianza entre la desregulación emocional y la rumia debido a la superposición teórica existente entre ambos constructos. Algunas definiciones de la rumia la describen como una estrategia cognitiva de afrontamiento desadaptativa de regulación emocional en la cual las personas presentan una capacidad reducida para regular con éxito las emociones negativas mediante otros medios (Nolen-Hoeksema et al., 2008). En el contexto de la regulación emocional, es posible que algunas de estas estrategias se superpongan entre sí, por lo que se debe considerar la posible covarianza entre ellas (Smith & Alloy, 2009). En este estudio, la rumia se consideró como un factor cognitivo en base a su definición conceptual y operacional que incluye pensamiento rumiativos que suele ser negativo en valencia, similar a los pensamientos automáticos, esquemas y estilos cognitivos negativos que han sido ampliamente estudiados por los teóricos cognitivos (Treyner et al., 2003). Mientras que la desregulación emocional se consideró como un factor emocional, en base a su definición conceptual como un constructo multidimensional que engloba diferentes formas desadaptativas de responder a las emociones (Gratz & Roemer, 2004).

Los resultados de este estudio indicaron una fuerte correlación positiva entre los síntomas de depresión y de estrés postraumático tanto en la muestra mexicana como en la neerlandesa, lo cual es consistente con evidencia previa que indica una superposición significativa entre ambas sintomatologías (Brady et al., 2000; Elhai et al., 2008; Grubaugh et al., 2010). Asimismo, se encontraron efectos positivos directos significativos entre las variables incluidas en el modelo. Específicamente, se observó un efecto directo positivo de la intolerancia a la incertidumbre sobre la desregulación emocional y la rumia, así como desde la desregulación emocional y la rumia hacia los síntomas de depresión y estrés postraumático. Estos resultados confirman los hallazgos de estudios recientes que han demostrado que la desregulación emocional y la rumia tienen un impacto directo en el aumento de los síntomas de depresión y estrés postraumático (Hernández et al., 2023). Además, los resultados indicaron que los factores transdiagnósticos contribuyen conjuntamente a explicar una parte significativa de la variabilidad observada en los síntomas de depresión y estrés postraumático. En general, estos hallazgos brindan una sólida evidencia de la relación hipotética entre los factores transdiagnósticos y estas sintomatologías.

El análisis de mediación en este estudio reveló que la desregulación emocional y la rumia intervienen en la asociación entre la intolerancia a la incertidumbre y los síntomas de depresión y estrés postraumático. Estos hallazgos fueron consistentes en las muestras de ambos países. Estos resultados respaldan el marco conceptual que sugiere que la rumia actúa como un mediador que vincula vulnerabilidades cognitivas con resultados psicológicos negativos (Spasojević & Alloy, 2001). Asimismo, estos hallazgos se suman a la evidencia existente que indica que la desregulación emocional es un factor importante en la

comorbilidad psicopatológica y que puede desempeñar un papel mediador en los síntomas de depresión y estrés postraumático (Abravanel & Sinha, 2015; Aldao, 2012; Raudales et al., 2019).

Estos hallazgos sugieren que la intolerancia a la incertidumbre puede llevar a la desregulación emocional y la rumia, lo cual se asocia con un mayor riesgo de experimentar síntomas de depresión y estrés postraumático. En otras palabras, las personas con altos niveles de intolerancia a la incertidumbre experimentan mayores dificultades para regular sus emociones y son propensas a rumiar de forma recurrente como una forma de lidiar con las emociones negativas. Esta tendencia, a su vez, aumenta su susceptibilidad a desarrollar síntomas de depresión y estrés postraumático. En general, estos hallazgos contribuyen a la creciente evidencia de que la relación entre la intolerancia a la incertidumbre y la sintomatología psicopatológica, como los síntomas de depresión y estrés postraumático, está mediada por otros factores transdiagnósticos.

Para determinar si el apoyo social y la cohesión familiar influían en la relación entre los mediadores y los síntomas de depresión y estrés postraumáticos, se realizó un análisis de moderadores. Los resultados revelaron hallazgos interesantes, con diferencias observadas entre las muestras mexicana y neerlandesa. En la muestra mexicana, se encontró que la cohesión familiar moderaba la relación entre la rumia y los síntomas de depresión y estrés postraumático, mientras que el apoyo social no moderaba ninguna de las relaciones. Este hallazgo sugiere que, en la muestra mexicana, la cohesión familiar es más importante para moderar los síntomas de depresión y estrés postraumático.

En cambio, en la muestra neerlandesa, tanto el apoyo social como la cohesión familiar moderaban estas relaciones. Específicamente, el apoyo social moderó la relación entre la desregulación emocional y los síntomas de depresión y estrés postraumático. En otras palabras, altos niveles de apoyo social y cohesión familiar pueden proteger a las personas de desarrollar altos niveles de depresión. La cohesión familiar también moderó la relación entre la desregulación emocional y la depresión, y entre la rumia y los síntomas de depresión y estrés postraumático.

El hallazgo de que la cohesión familiar resultó ser la única variable que tuvo un efecto moderador en la relación entre los mediadores y los síntomas de depresión y estrés postraumático en la muestra mexicana, puede ser algo inesperado, ya que también se esperaba que el apoyo social desempeñará un papel moderador. Dado que en culturas colectivistas, donde los lazos familiares y comunitarios son muy valorados, el apoyo social y la cohesión familiar tienen un impacto más significativo en los resultados de salud mental que en culturas individualistas (Alesina & Giuliano, 2010; Mair, 2013). Por lo tanto, se esperaba que en la muestra mexicana tanto la cohesión familiar como el apoyo social jugaran papeles importantes en la moderación de estas relaciones. Sin embargo, es importante mencionar que la muestra mexicana tuvo una edad promedio más alta. La evidencia previa de apoyo social ha indicado que existen diferencias en el apoyo social dependiendo de la edad. Específicamente para los adultos medios, la principal fuente de apoyo social fueron los familiares consanguíneos y los hijos, lo cual se relacionó con una mejor percepción de la salud mental (Heinze et al., 2015). Esto podría explicar por qué en dicha muestra predominó el moderador de la cohesión familiar.

En cambio, la muestra neerlandesa en el estudio se asemejaba más a una muestra de estudiantes universitarios. Esto podría implicar que los participantes eran en su mayoría jóvenes y aún mantenían una estrecha conexión con su núcleo familiar y sus pares. Por consiguiente, es posible que tanto el apoyo social como la cohesión familiar fueran más elevados entre estos individuos. Asimismo, los estudiantes universitarios tienden a desarrollar vínculos más sólidos de apoyo social, ya que interactúan regularmente con sus compañeros y establecen relaciones cercanas en ese entorno. Además, la cercanía a la familia podría haber contribuido a un sentido más profundo de apoyo social y cohesión familiar, lo que posiblemente influyó en los resultados generales del estudio. Es relevante considerar estas particularidades al interpretar los hallazgos y su posible generalización a otras poblaciones. En general estos hallazgos resaltan la importancia de considerar las variables culturales al examinar las relaciones entre los constructos psicológicos y los resultados de salud mental.

Limitaciones

Los hallazgos de este estudio deben interpretarse considerando algunas limitaciones. En primer lugar, aunque todas las medidas del estudio fueron adaptadas culturalmente, validadas y demostraron buenas propiedades psicométricas, algunas de ellas presentaron variaciones en el número de ítems. Esta inconsistencia en el número de ítems planteó un desafío para estimar la invariancia entre las muestras. En segundo lugar, el diseño transversal del estudio dificulta establecer relaciones causales. La interpretación de los resultados de los análisis de mediación sobre datos transversales debe realizarse con cautela. A pesar de esto, la base teórica del estudio y algunas investigaciones previas apoyan el uso de modelos

mediacionales. Futuros estudios deberían usar diseños longitudinales para confirmar las relaciones causales.

En tercer lugar, el estudio tuvo características de la muestra que pueden afectar la generalización de los resultados, como una mayoría de participantes femeninas, lo cual no es inusual en la investigación psicológica. Aunque se hicieron esfuerzos para igualar las muestras entre países, hubo variaciones en las características sociodemográficas. Además, el estudio incluyó solo participantes no clínicos. Futuras investigaciones deberían buscar muestras más comparables y explorar estos factores en muestras clínicas.

En cuarto lugar, es relevante resaltar que este estudio no consideró los posibles efectos de la pandemia de COVID-19, la cual podría haber tenido una influencia significativa en los niveles de síntomas de depresión y estrés postraumático en las muestras estudiadas. Es importante mencionar que durante la pandemia, se ha observado un incremento en las sintomatologías de depresión y estrés postraumático (Chang et al., 2021; Currie, 2021). Para abordar estas limitaciones, la investigación futura debe esforzarse por obtener muestras más comparables y explorar estos mecanismos en una muestra clínica de pacientes que experimentan depresión y trastorno de estrés postraumático.

Conclusión

En conclusión, a pesar de las limitaciones mencionadas, el presente estudio tiene importantes implicaciones prácticas. Estos hallazgos resaltan la importancia de reconocer los puntos en común entre los síntomas de depresión y estrés postraumático, sugiriendo que

pueden compartir mecanismos subyacentes similares. Los profesionales de la salud pueden beneficiarse de evaluar estos factores transdiagnósticos tanto para los síntomas de depresión como para los síntomas de estrés postraumático al diagnosticar y tratar estas sintomatologías. Asimismo, identificar cuáles de estos factores transdiagnósticos actúan como mediadores puede proporcionar información sobre los mecanismos subyacentes de la relación entre los factores transdiagnósticos y los síntomas de depresión y estrés postraumático, lo que a su vez puede ayudar en el desarrollo de intervenciones más efectivas y específicas. Al abordar estos factores transdiagnósticos, los profesionales de la salud pueden abordar tanto los síntomas de depresión como los síntomas de estrés postraumático de una manera más integral y eficiente. Finalmente, estos hallazgos resaltan la importancia de considerar las variables culturales al examinar las relaciones entre los factores transdiagnósticos y la psicopatología. En general, los hallazgos del estudio contribuyen a un creciente cuerpo de literatura que enfatiza la importancia de adoptar un enfoque transdiagnóstico para comprender y abordar los trastornos de salud mental.

Referencias

- Abravanel, B. T., & Sinha, R. (2015). Emotion dysregulation mediates the relationship between lifetime cumulative adversity and depressive symptomatology. *Journal of Psychiatric Research*, *61*, 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.11.012>
- 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. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11843>

- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, *48*(10), 974–983. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.002>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *30*(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Aldao, A., Sheppes, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation Flexibility. *Cognitive Therapy and Research*, *39*(3), 263–278. <https://doi.org/10.1007/S10608-014-9662-4>
- Alesina, A., & Giuliano, P. (2010). The power of the family. *Journal of Economic Growth*, *15*, 93–125. <https://doi.org/10.1007/s10887-010-9052-z>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). A classification system for research designs in psychology. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, *29*(3), 1038–1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Badawi, A., Steel, Z., Harb, M., Mahoney, C., & Berle, D. (2021). Changes in intolerance of uncertainty over the course of treatment predict posttraumatic stress disorder symptoms in an inpatient sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *29*(1), 230–239. <https://doi.org/10.1002/cpp.2625>
- Bagozzi, R. P., & Yi, Y. (2011). Specification, evaluation, and interpretation of structural equation models. *Journal of the Academy of Marketing Science*, *40*(1), 8–34. <https://doi.org/10.1007/S11747-011-0278-X>
- Bakker, A. M., Cox, D. W., Hubley, A. M., & Owens, R. L. (2018). Emotion regulation as a mediator of self-compassion and depressive symptoms in recurrent depression.

- Mindfulness*, 10(6), 1169–1180. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1072-3>
- Banducci, A. N., Bujarski, S. J., Bonn-Miller, M. O., Patel, A., & Connolly, K. M. (2016). The impact of intolerance of emotional distress and uncertainty on veterans with co-occurring PTSD and substance use disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 41, 73–81. <https://doi.org/10.1016/J.JANXDIS.2016.03.003>
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205–230. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)
- Barry, T. J., García-Moreno, C., Sánchez-Mora, C., Campos-Moreno, P., Montes-Lozano, M. J., & Ricarte, J. J. (2019). The Unique and Interacting Contributions of Intolerance of Uncertainty and Rumination to Individual Differences in, and Diagnoses of, Depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(4), 260–273. <https://doi.org/10.1007/s41811-019-00057-3>
- Basharpoor, S., Shafiei, M., & Daneshvar, S. (2015). The comparison of experimental avoidance, mindfulness and rumination in trauma-exposed individuals with and without posttraumatic stress disorder (PTSD) in an Iranian Sample. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 279–283. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.004>
- Beck, A. T. (2002). Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and application. In *Cognitive models of depression* (pp. 26–61).
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., & Lozano, R. (2005). Vista de Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(SUPPL. 1), S4–S11.
<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4683/4531>
- Belloch, A. (2012). Proposals for a transdiagnostic perspective of mental and behavioural disorders: evidence, usefulness, and limitations. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 295–311.
- Bentler, P. M. (2004). *EQS 6.1 structural equations program*. Multivariate Software.
- Berlim, M. T., & Fleck, M. P. (2007). Quality of life and major depression. In M. S. Ritsner & A. G. Awad (Eds.), *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders*. Springer.
- Bisson, J. I. (2009). Psychological and social theories of post-traumatic stress disorder. *Psychiatry*, 8(8), 290–292. <https://doi.org/10.1016/J.MPPSY.2009.05.003>
- Boelen, P. A. (2019). Intolerance of uncertainty predicts analogue posttraumatic stress following adverse life events. *Anxiety, Stress, & Coping*, 32(5), 498–504.
<https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1623881>
- Boelen, P. A., Reijntjes, A., & Smid, G. E. (2016). Concurrent and prospective associations of intolerance of uncertainty with symptoms of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression after bereavement. *Journal of Anxiety Disorders*, 41, 65–72.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.004>
- Boeschoten, M. A., Bakker, A., Jongedijk, R. A., & Olff, M. (2014). *PTSD Checklist for DSM-5 and Life Events Checklist for DSM-5 with extended A criterion—*

Nederlandstalige versie. Arq Psychotrauma Expert Groep.

Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. John Wiley & Sons.

Boswell, J. F., Thompson-Hollands, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). Intolerance of Uncertainty: A Common Factor in the Treatment of Emotional Disorders. *Journal of Clinical Psychology, 69*(6), 630–645. <https://doi.org/10.1002/jclp.21965>

Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry, 162*(2), 214–227. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>

Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton, T., & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*(7), 22–32.

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 748–766. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>

Brockmeyer, T., Bents, H., Holtforth, M. G., Pfeiffer, N., Herzog, W., & Friederich, H. C. (2012). Specific emotion regulation impairments in major depression and anorexia nervosa. *Psychiatry Research, 200*(2–3), 550–553. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.009>

Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(4), 585–599. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.4.585>

Buhr, K., & Dugas, M. J. (2009). The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry: An experimental manipulation. *Behaviour Research and Therapy, 47*(3),

215–223. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.12.004>

Cano, M. Á., Castro, F. G., De La Rosa, M., Amaro, H., Vega, W. A., Sánchez, M., Rojas, P., Ramírez-Ortiz, D., Taskin, T., Prado, G., Schwartz, S. J., Córdova, D., Salas-Wright, C. P., & de Dios, M. A. (2020). Depressive Symptoms and Resilience among Hispanic Emerging Adults: Examining the Moderating Effects of Mindfulness, Distress Tolerance, Emotion Regulation, Family Cohesion, and Social Support. *Behavioral Medicine*, 46(3–4), 245–257. <https://doi.org/10.1080/08964289.2020.1712646>

Carleton, N. R. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 30–43. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.007>

Carleton, N. R., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., & Asmundson, G. J. G. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 468–479. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.011>

Carleton, N. R., Norton, M. A. P. J., & Asmundson, G. J. G. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 105–117. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.014>

Carpenter, R. W., & Trull, T. J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. In *Current Psychiatry Reports* (Vol. 15, Issue 1). Current Medicine Group LLC 1. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0335-2>

Cerecero-García, D., Macías-González, F., Arámburo-Muro, T., & Bautista-Arredondo, S. (2020). Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Pública de México*, 62(6), 840–850. <https://doi.org/10.21149/11558>

- Chang, J. J., Ji, Y., Li, Y. H., Pan, H. F., & Su, P. Y. (2021). Prevalence of anxiety symptom and depressive symptom among college students during COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 292*, 242–254.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.109>
- Chen, J., Tan, Y., Cheng, X., Peng, Z., Qin, C., Zhou, X., Lu, X., Huang, A., Liao, X., Tian, M., Liang, X., Huang, C., Zhou, J., Xiang, B., Liu, K., & Lei, W. (2021). Maladaptive metacognitive beliefs mediated the effect of intolerance of uncertainty on depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.2589>
- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling, 9*(2), 233–255.
https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902_5
- Clark, D., Field, S., & Layard, R. (2012). Mental health loses out in the National Health Service. *The Lancet, 379*(9834), 2315–2316. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60985-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60985-4)
- Cludius, B., Mennin, D., & Ehring, T. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion, 20*(1), 37–42. <https://doi.org/10.1037/EMO0000646>
- Costa, J., Pinto Gouveia, J., & Maroco, J. (2018). The role of negative affect, rumination, cognitive fusion and mindfulness on depressive symptoms in depressed outpatients and normative individuals. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy, 18*(2), 207–220. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6476604>
- Cowen, P. J., & Browning, M. (2015). What has serotonin to do with depression? *World Psychiatry, 14*(2), 158–160. <https://doi.org/10.1002/WPS.20229>
- Cuijpers, P., Hollon, S. D., van Straten, A., Bockting, C., Berking, M., & Andersson, G. (2013). Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to

- keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ OPEN*, 3(4), e002542. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002542>
- Currie, C. L. (2021). Adult PTSD symptoms and substance use during Wave 1 of the COVID-19 pandemic. *Addictive Behaviors Reports*, 13, 100341. *Addictive Behaviors Reports*, 13, 100341. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2021.100341>
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., Feltner, C., Brownley, K. A., Olmsted, K. R., Greenblatt, A., Weil, A., & Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128–141. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2015.10.003>
- Dar, K. A., Iqbal, N., & Mushtaq, A. (2017). Intolerance of uncertainty, depression, and anxiety: Examining the indirect and moderating effects of worry. *Asian Journal of Psychiatry*, 29, 129–133. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.04.017>
- De Graaf, R., Ten Have, M., Van Gool, C., & Van Dorsselaer, S. (2012). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(2), 203–213. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0334-8>
- De la Rosa, A., Hernández-Posadas, A., Valencia, P., & Guajardo, D. (2021). Análisis dimensional de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-15) en universitarios mexicanos. *Revista Evaluar*, 21(2). <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v21.n2.34401>
- De Rosa, L., Miracco, M. C., Galarregui, M. S., & Keegan, E. G. (2021). Perfectionism and rumination in depression. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01834-0>

- De Vries, G. J., & Olf, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress, 22*(4), 259–267. <https://doi.org/10.1002/jts.20429>
- Del Valle, M., Andrés, M. L., Urquijo, S., Yerro Avincetto, M. M., López Morales, H., & Canet Juric, L. (2020). Intolerance of uncertainty over COVID-19 pandemic and its effect on anxiety and depressive symptoms. *Interamerican Journal of Psychology, 54*(2), 1–17. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i2.1335>
- DeVellis, R. F. (2016). *Scale development: Theory and applications*. Sage Publications.
- Diedrich, A., Burger, J., Kirchner, M., & Berking, M. (2017). Adaptive emotion regulation mediates the relationship between self-compassion and depression in individuals with unipolar depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 90*(3), 247–263. <https://doi.org/10.1111/papt.12107>
- Diehl, J. M., McGonigal, P. T., Morgan, T. A., Dalrymple, K., Harris, L. M., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2020). Emotion regulation accounts for associations between mindfulness and depression across and within diagnostic categories. *Annals of Clinical Psychiatry, 32*(2), 97–105.
- Dimitrov, D. M. (2010). Testing for Factorial Invariance in the Context of Construct Validation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 43*(2), 121–149. <https://doi.org/10.1177/0748175610373459>
- Durón-Figueroa, R., Cárdenas-López, G., Castro-Calvo, J., & De la Rosa-Gómez, A. (2019). Adaptación de la Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 en Población Mexicana. *Acta de Investigación Psicológica, 9*(1), 26–36. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2019.1.03>
- Eaton, N. R., Krueger, R. F., Markon, K. E., Keyes, K. M., Skodol, A. E., Wall, M., Hasin,

- D. S., & Grant, B. F. (2013). The Structure and predictive validity of the internalizing disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(1), 86–92.
<https://doi.org/10.1037/A0029598>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Elhai, J. D., Grubaugh, A. L., Kashdan, T. B., & Frueh, B. C. (2008). Empirical Examination of a Proposed Refinement to DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder Symptom Criteria Using the National Comorbidity Survey Replication Data. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*(4), 597–602.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Ferrari, F., & Villa, R. F. (2016). The Neurobiology of Depression: an Integrated Overview from Biological Theories to Clinical Evidence. *Molecular Neurobiology, 54*(7), 4847–4865. <https://doi.org/10.1007/S12035-016-0032-Y>
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2000). Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 13*(4), 539–588.
<https://doi.org/10.1023/A:1007802031411>
- Forbes, C. N., Tull, M. T., Rapport, D., Xie, H., Kaminski, B., & Wang, X. (2020). Emotion dysregulation prospectively predicts posttraumatic stress disorder symptom severity 3 months after trauma exposure. *Journal of Traumatic Stress, 33*(6), 1007–1016.
<https://doi.org/10.1002/jts.22551>
- Frank, R. I., & Davidson, J. (2014). *The transdiagnostic road map to case formulation and*

treatment planning: Practical guidance for clinical decision making. New Harbinger Publications.

Fried, E. I., & Nesse, R. M. (2014). The Impact of Individual Depressive Symptoms on Impairment of Psychosocial Functioning. *PLOS ONE*, *9*(2), e90311.
<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0090311>

Fujisato, H., Ito, M., Berking, M., & Horikoshi, M. (2020). The influence of emotion regulation on posttraumatic stress symptoms among Japanese people. *Journal of Affective Disorders*, *277*, 577–583. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.056>

Furr, R. M. (2011). *Scale construction and psychometrics for social and personality psychology*. Sage Publications.

García, F. E., Vega Rojas, N., Briones Araya, F., & Bulnes Gallegos, Y. (2018). Rumination, posttraumatic growth and posttraumatic symptoms in people who have lived highly stressful experiences. *Avances En Psicología Latinoamericana*, *36*(3), 443–457. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4983>

Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *The British Journal of Psychiatry*, *209*(4), 284–293.
<https://doi.org/10.1192/BJP.BP.115.169094>

Gentes, E. L., & Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive–compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, *31*(6), 923–933.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.001>

González, D. A., Rodríguez, A. R., & Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud Mental*, *38*(4), 237–244. <https://doi.org/10.17711/SM.0185->

3325.2015.033

- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Groarke, J. M., McGlinchey, E., McKenna-Plumley, P., Berry, E., Graham-Wisener, L., & Armour, C. (2021). Examining temporal interactions between loneliness and depressive symptoms and the mediating role of emotion regulation difficulties among UK residents during the COVID-19 lockdown: Longitudinal results from the COVID-19 psychological wellbeing study. *Journal of Affective Disorders*, 285, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.033>
- Gross, J. J. (2015). The Extended Process Model of Emotion Regulation: Elaborations, Applications, and Future Directions. *Psychological Inquiry*, 26(1), 130–137. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.989751>
- Grubaugh, A. L., Long, M. E., Elhai, J. D., Frueh, B. C., & Magruder, K. M. (2010). An examination of the construct validity of posttraumatic stress disorder with veterans using a revised criterion set. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 909–914. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.019>
- Hale, W., Richmond, M., Bennett, J., Berzins, T., Fields, A., Weber, D., Beck, M., & Osman, A. (2016). Resolving uncertainty about the Intolerance of Uncertainty Scale–12: Application of modern psychometric strategies. *Journal of Personality Assessment*, 98(2), 200–208. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1070355>
- Heerlein, A. (2002). Tratamientos farmacológicos antidepresivos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40, 21–45. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272002000500003>

- Heinze, J. E., Kruger, D. J., Reischl, T. M., Cupal, S., & Zimmerman, M. A. (2015). Relationships Among Disease, Social Support, and Perceived Health: A Lifespan Approach. *American Journal of Community Psychology*, *56*, 268–279. <https://doi.org/10.1007/s10464-015-9758-3>
- Helsen, K., Van Den Bussche, E., Vlaeyen, J. W. S., & Goubert, L. (2013). Confirmatory factor analysis of the Dutch Intolerance of Uncertainty Scale: Comparison of the full and short version. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *44*(1), 21–29. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.07.004>
- Hernández-Guzmán, L., Del Palacio, A., Freyre, M., & Alcázar-Olán, R. (2011). La perspectiva dimensional de la psicopatología. *Revista Mexicana de Psicología*, *28*(2), 111–120. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243029631001>
- Hernández-Martínez, A., García-Cruz, R., Valencia-Ortiz, A. I., & Ortega-Andrade, N. A. (2016). Validación de la escala de respuestas rumiativas para población mexicana. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, *6*(2), 66–74. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/58075>
- Hernández-Posadas, A., De la Rosa-Gómez, A., Lommen, M., Bouman, T., Mancilla-Díaz, J., & Del Palacio González, A. (2023). Psychometric properties of the Mexican version of the Intolerance of Uncertainty Scale: The IUS-12M. *Interacciones*, *9*, e358. <https://doi.org/10.24016/2023.v9.358>
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología conductual*, *19*(2), 347. *Psicología Conductual*, *19*(2), 347–372. https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/5413/psicopatologiadel

aregulacionemocionalpapeldelosdeficitemocionales.pdf

- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Young, P. R., Haman, K. L., Freeman, B. B., & Gallop, R. (2005). Prevention of Relapse Following Cognitive Therapy vs Medications in Moderate to Severe Depression. *Archives of General Psychiatry*, *62*(4), 417–422. <https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.62.4.417>
- Hong, R. Y. (2007). Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(2), 277–290. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.03.006>
- Hong, R. Y., & Cheung, M. W. L. (2015). The structure of cognitive vulnerabilities to depression and anxiety: Evidence for a common core etiologic process based on a meta-analytic review. *Clinical Psychological Science*, *3*(6), 892–912. <https://doi.org/10.1177/2167702614553789>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (2009). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, *6*(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Huang, V., Yu, M., Carleton, N. R., & Beshai, S. (2019). Intolerance of uncertainty fuels depressive symptoms through rumination: Cross-sectional and longitudinal studies. *PLoS ONE*, *14*(11), e0224865. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224865>
- Iqbal, N., & Dar, K. A. (2015). Negative affectivity, depression, and anxiety: Does rumination mediate the links? *Journal of Affective Disorders*, *181*, 18–23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.002>
- Kamenov, K., Twomey, C., Cabello, M., Prina, A. M., & Ayuso-Mateos, J. L. (2017). The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and

quality of life in depression: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(3), 414–425.

<https://doi.org/10.1017/S0033291716002774>

Karyotaki, E., Riper, H., Twisk, J., Hoogendoorn, A., Kleiboer, A., Mira, A., MacKinnon, A., Meyer, B., Botella, C., Littlewood, E., Andersson, G., Christensen, H., Klein, J. P., Schröder, J., Bretón-López, J., Scheider, J., Griffiths, K., Farrer, L., Huibers, M. J. H., ... Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Self-guided Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Depressive Symptoms: A Meta-analysis of Individual Participant Data. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 351–359.

<https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2017.0044>

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J. P., Levinson, D., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(suo5).

<https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>

Kessler, R. C., Wai, T. C., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617–627.

<https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.62.6.617>

Khakpoor, S., Saed, O., & Armani Kian, A. (2019). Emotion regulation as the mediator of reductions in anxiety and depression in the Unified Protocol (UP) for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Double-blind randomized clinical trial. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41(3), 227–236. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0074>

- Khawaja, N. G., & Yu, L. N. H. (2010). A comparison of the 27-item and 12-item intolerance of uncertainty scales. *Clinical Psychologist, 14*(3), 97–106.
<https://doi.org/10.1080/13284207.2010.502542>
- Kim, H., & Eaton, N. R. (2015). The hierarchical structure of common mental disorders: Connecting multiple levels of comorbidity, bifactor models, and predictive validity. *Journal of Abnormal Psychology, 124*(4), 1064–1078.
<https://doi.org/10.1037/ABN0000113>
- Kline, A. C., Cooper, A. A., Rytwinski, N. K., & Feeny, N. C. (2018). Long-term efficacy of psychotherapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review, 59*, 30–40.
<https://doi.org/10.1016/J.CPR.2017.10.009>
- Knipscheer, J., Sleijpen, M., Frank, L., de Graaf, R., Kleber, R., Ten Have, M., & Dücker, M. (2020). Prevalence of Potentially Traumatic Events, Other Life Events and Subsequent Reactions Indicative for Posttraumatic Stress Disorder in the Netherlands: A General Population Study Based on the Trauma Screening Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(5), 1725.
<https://doi.org/10.3390/IJERPH17051725>
- Korman, G. P., & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos, 15*(1), 119–145.
- Kretzmann, R. P., & Gauer, G. (2020). Psychometric properties of the Brazilian Intolerance of Uncertainty Scale – Short Version (IUS-12). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 42*(2), 129–137. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0087>
- Krueger, R. F., & Eaton, N. R. (2015). Transdiagnostic factors of mental disorders. *World*

Psychiatry, 14(1), 27. <https://doi.org/10.1002/WPS.20175>

Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006). Reinterpreting Comorbidity: A Model-Based Approach to Understanding and Classifying Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 111–133.

<https://doi.org/10.1146/ANNUREV.CLINPSY.2.022305.095213>

Kumar, S., Saini, R., Jain, R., & Sakshi. (2021). Confirmatory factor analysis of the Intolerance of Uncertainty Scale (short form) in India. *International Journal of Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/00207411.2021.1969321>

Lamers, F., Van Oppen, P., Comijs, H. C., Smit, J. H., Spinhoven, P., Van Balkom, A. J. L. M., Nolen, W. A., Zitman, F. G., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2011). Comorbidity Patterns of Anxiety and Depressive Disorders in a Large Cohort Study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(3), 3397. <https://doi.org/10.4088/JCP.10M06176BLU>

Latanov, A. V., Korshunov, V. A., Maiorov, V. I., & Serkov, A. N. (2019). Serotonin and Dopamine in Biological Models of Depression. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 49(8), 987–995. <https://doi.org/10.1007/S11055-019-00828-7>

Lauriola, M., Mosca, O., & Carleton, N. R. (2016). Hierarchical factor structure of the Intolerance of Uncertainty Scale short form (IUS-12) in the Italian version. *TPM. Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 23(3), 377–394. <https://doi.org/10.4473/TPM23.3.8>

Liang, H., Chen, C., Li, F., Wu, S., Wang, L., Zheng, X., & Zeng, B. (2020). Mediating effects of peace of mind and rumination on the relationship between gratitude and depression among Chinese university students. *Current Psychology*, 39, 1430–1437. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-9847-1>

- Liu, Y., Yu, X., Yang, B., Zhang, F., Zou, W., Na, A., Zhao, X., & Yin, G. (2017). Rumination mediates the relationship between overgeneral autobiographical memory and depression in patients with major depressive disorder. *BMC Psychiatry, 17*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1264-8>
- Lyon, K. A., Elliott, R., Brown, L. J. E., Eslari, N., & Juhasz, G. (2020). Complex mediating effects of rumination facets between personality traits and depressive symptoms. *International Journal of Psychology, 56*(5), 721–728. <https://doi.org/10.1002/ijop.12734>
- Mair, C. A. (2013). Family ties and health cross-nationally: The contextualizing role of familistic culture and public pension spending in Europe. *Journals of Gerontology: Series B, 68*(6), 984–996. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt085>
- Maitland, D. W. M., Neilson, E. C., Munoz, E. A., Ybanez, A., & Murray, A. L. (2019). The Impact of an Enriched Environment on the Relationship Between Activation and Depression in Latinx and Non-Latinx Students. *Psychological Record, 69*(4), 541–550. <https://doi.org/10.1007/S40732-019-00351-8>
- Mathes, B. M., Kennedy, G. A., Morabito, D. M., Martin, A., Bedford, C. E., & Schmidt, B. M. (2020). A longitudinal investigation of the association between rumination, hostility, and PTSD symptoms among trauma-exposed individuals. *Journal of Affective Disorders, 277*, 322–328. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.029>
- McEvoy, P. M., & Erceg-Hurn, D. M. (2016). The search for universal transdiagnostic and trans-therapy change processes: Evidence for intolerance of uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders, 41*, 96–107. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.002>
- McEvoy, P. M., Hyett, M. P., Shihata, S., Price, J. E., & Strachan, L. (2019). The impact of methodological and measurement factors on transdiagnostic associations with

- intolerance of uncertainty: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 73, 101778.
<https://doi.org/10.1016/J.CPR.2019.101778>
- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. J. (2011). Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 112–122.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.010>
- Medina-Mora, M. E., Borges-Guimaraes, G., Lara, C., Ramos-Lira, L., Zambrano, J., & Fleiz-Bautista, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*, 47(1), 8–21.
<https://doi.org/10.1590/s0036-36342005000100004>
- Mendoza-Mojica, A. S., Marquez-Mendoza, O., Guadarrama, R., & Ramos Lira, L. E. (2013). Medición del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en universitarios mexicanos. *Salud Mental*, 36(6), 493–503.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000600007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487–495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Moleiro, C. (2018). Culture and Psychopathology: New Perspectives on Research, Practice, and Clinical Training in a Globalized World. *Frontiers in Psychiatry*, 9(AUG), 366.
<https://doi.org/10.3389/FPSYT.2018.00366>
- 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.
- Morgan, L. (2020). MDMA-assisted psychotherapy for people diagnosed with treatment-

resistant PTSD: What it is and what it isn't. *Annals of General Psychiatry*, 19(1), 1–7.

<https://doi.org/10.1186/S12991-020-00283-6/METRICS>

Murphy, Y. E., Luke, A., & Flessner, C. A. (2019). Transdiagnostic approaches. In L. J. Farrell, T. H. Ollendick, & P. Muris (Eds.), *Innovations in CBT for Childhood Anxiety, OCD, and PTSD: Improving Access and Outcomes* (pp. 467–488). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108235655.023>

Mutz, J., Clough, P., & Papageorgiou, K. A. (2017). Do individual differences in emotion regulation mediate the relationship between mental toughness and symptoms of depression? *Journal of Individual Differences*, 38(2), 71–82.

<https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000224>

Naragon-Gainey, K. (2010). Meta-Analysis of the Relations of Anxiety Sensitivity to the Depressive and Anxiety Disorders. *Psychological Bulletin*, 136(1), 128–150.

<https://doi.org/10.1037/A0018055>

Neumann, A., van Lier, P. A. C., Gratz, K. L., & Koot, H. M. (2010). Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the difficulties in emotion regulation scale. *Assessment*, 17(1), 138–149.

<https://doi.org/10.1177/1073191109349579>

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504–511.

<https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504>

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>

Norton, P. J. (2006). Toward a Clinically-Oriented Model of Anxiety Disorders. *Cognitive*

- Behaviour Therapy*, 35(2), 88–105. <https://doi.org/10.1080/16506070500441561>
- Norton, P. J., Hayes, S. A., & Hope, D. A. (2004). Effects of a transdiagnostic group treatment for anxiety on secondary depression. *Depression and Anxiety*, 20(4), 198–202. <https://doi.org/10.1002/DA.20045>
- O’Bryan, E. M., McLeish, A. C., Kraemer, K. M., & Fleming, J. B. (2015). Emotion regulation difficulties and posttraumatic stress disorder symptom cluster severity among trauma-exposed college students. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(2), 131–137. <https://doi.org/10.1037/a0037764>
- OECD. (2019). *Education at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/f8d7880d-en>
- Oglesby, M. E., Boffa, J. W., Short, N. A., Raines, A. M., & Schmidt, N. B. (2016). Intolerance of uncertainty as a predictor of post-traumatic stress symptoms following a traumatic event. *Journal of Anxiety Disorders*, 41, 82–87. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.01.005>
- Oglesby, M. E., Gibby, B. A., Mathes, B. M., Short, N. A., & Schmidt, N. B. (2017). Intolerance of uncertainty and post-traumatic stress symptoms: An investigation within a treatment seeking trauma-exposed sample. *Comprehensive Psychiatry*, 72, 34–40. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.08.011>
- Olatunji, B. O., Naragon-Gainey, K., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2013). Specificity of rumination in anxiety and depression: A multimodal meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(3), 225–257. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12037>
- Olson, D. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: Validation Study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(1), 64–80. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x>

- Ouimet, A. J., Kane, L., & Tutino, J. A. (2016). Fear of anxiety or fear of emotions? Anxiety sensitivity is indirectly related to anxiety and depressive symptoms via emotion regulation. *Cogent Psychology*, 3(1). <https://doi.org/10.1080/23311908.2016.1249132>
- Outcalt, S. D., Kroenke, K., Krebs, E. E., Chumbler, N. R., Wu, J., Yu, Z., & Bair, M. J. (2015). Chronic pain and comorbid mental health conditions: independent associations of posttraumatic stress disorder and depression with pain, disability, and quality of life. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(3), 535–543. <https://doi.org/10.1007/S10865-015-9628-3>
- Padros-Blazquez, F., Gonzalez-Betanzos, F., Martinez-Medina, M. P., & Wagner, F. (2018). Psychometric Characteristics of the Original and Brief Version of the Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) in Mexican Samples. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 46(4), 117–124. <https://europepmc.org/article/med/30079925>
- Paulus, D. J., Talkovsky, A. M., Heggeness, L. F., & Norton, P. J. (2015). Beyond Negative Affectivity: A Hierarchical Model of Global and Transdiagnostic Vulnerabilities for Emotional Disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(5), 389–405. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1017529>
- Paykel, E. S. (2007). Cognitive therapy in relapse prevention in depression. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 10(1), 131–136. <https://doi.org/10.1017/S1461145706006912>
- Pencea, I., Munoz, A. P., Maples-Keller, J. L., Fiorillo, D., Schultebrucks, K., Galatzer-Levy, I., Rothbaum, B. O., Ressler, K. J., Stevens, J. S., Michopoulos, V., & Powers, A. (2020). Emotion dysregulation is associated with increased prospective risk for chronic PTSD development. *Journal of Psychiatric Research*, 121, 222–228. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.12.008>

- Petrocchi, N., & Ottaviani, C. (2016). Mindfulness facets distinctively predict depressive symptoms after two years: The mediating role of rumination. *Personality and Individual Differences, 93*, 92–96. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.08.017>
- Pickard, J. A., Caputi, P., & Grenyer, B. (2016). Mindfulness and emotional regulation as sequential mediators in the relationship between attachment security and depression. *Personality and Individual Differences, 99*, 179–183. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.091>
- Pineda-Sánchez, D. (2018). *Procesos transdiagnósticos asociados a los trastornos de ansiedad y depresivos* [Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Educación a Distancia]. <http://e-spacio.uned.es/fez/view/tesisuned:ED-Pg-PsiSal-Dpineda>
- Pitman, R. K., Rasmusson, A. M., Koenen, K. C., Shin, L. M., Orr, S. P., Gilbertson, M. W., Milad, M. R., & Liberzon, I. (2012). Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Neuroscience, 13*(11), 769–787. <https://doi.org/10.1038/nrn3339>
- Post, L. M., Youngstrom, E., Connell, A. M., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2021). Transdiagnostic emotion regulation processes explain how emotion-related factors affect co-occurring PTSD and MDD in relation to trauma. *Journal of Anxiety Disorders, 78*. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102367>
- Preston, T. J., Gorday, J. Y., Bedford, C. E., Mathes, B. M., & Schmidt, N. (2021). A longitudinal investigation of trauma-specific rumination and PTSD symptoms: The moderating role of interpersonal trauma experience. *Journal of Affective Disorders, 292*, 142–148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.049>
- Pugach, C. P., Campbell, A. A., & Wisco, B. E. (2019). Emotion regulation in posttraumatic stress disorder (PTSD): Rumination accounts for the association between emotion

- regulation difficulties and PTSD severity. *Journal of Clinical Psychology*, 76(3), 508–525. <https://doi.org/10.1002/jclp.22879>
- Raes, F., Hermans, D., & Eelen, P. (2003). Kort instrumenteel De Nederlandstalige versie van de Ruminative Response Scale (RRS-NL) en de Rumination on Sadness Scale (RSS-NL). *Gedragstherapie*, 36(2), 97–104.
- Raudales, A. M., Preston, T. J., Albanese, B. J., & Schmidt, N. B. (2020). Emotion dysregulation as a maintenance factor for posttraumatic stress symptoms: The role of anxiety sensitivity. *Journal of Clinical Psychology*, 76(12), 2183–2197. <https://doi.org/10.1002/jclp.22966>
- Raudales, A. M., Short, N. A., & Schmidt, N. B. (2019). Emotion dysregulation mediates the relationship between trauma type and PTSD symptoms in a diverse trauma-exposed clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 139, 28–33. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.10.033>
- Reise, S. P., Scheines, R., Widaman, K. F., & Haviland, M. G. (2012). Multidimensionality and Structural Coefficient Bias in Structural Equation Modeling: A Bifactor Perspective. *Educational and Psychological Measurement*, 73(1), 5–26. <https://doi.org/10.1177/0013164412449831>
- Riskind, J. H., & Alloy, L. B. (2006). Cognitive Vulnerability to Psychological Disorders: Overview of Theory, Design, And Methods. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(7), 705–725. <https://doi.org/10.1521/JSCP.2006.25.7.705>
- Riskind, J. H., & Black, D. (2005). Cognitive Vulnerability. *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*, 122–126. https://doi.org/10.1007/0-306-48581-8_37
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2),

211–218.

- Rodriguez, A., Reise, S. P., & Haviland, M. G. (2016). Evaluating bifactor models: Calculating and interpreting statistical indices. *Psychological Methods, 21*(2), 137–150. <https://doi.org/10.1037/MET0000045>
- Roley, M. E., Claycomb, M. A., Contractor, A. A., Dranger, P., Armour, C., & Elhai, J. D. (2015). The relationship between rumination, PTSD, and depression symptoms. *Journal of Affective Disorders, 180*, 116–121. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.006>
- Rubio, D. M., Berg-Weger, M., Tebb, S. S., Lee, E. S., & Rauch, S. (2003). Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research, 27*(2), 94–104. <https://doi.org/10.1093/swr/27.2.94>
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*(3), 187–203. <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2012-17-3-6005/Documento.pdf>
- Sarmiento, I. A., & Cardemil, E. V. (2009). Family functioning and depression in low-income latino couples. *Journal of Marital and Family Therapy, 35*(4), 432–445. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00139.x>
- Saulnier, K. G., Allan, N. P., Raines, A. M., & Schmidt, N. B. (2019). Depression and Intolerance of Uncertainty: Relations between Uncertainty Subfactors and Depression Dimensions. *Psychiatry (New York), 82*(1), 72–79. <https://doi.org/10.1080/00332747.2018.1560583>
- Schoemann, A. M., Boulton, A. J., & Short, S. D. (2017). Determining Power and Sample Size for Simple and Complex Mediation Models. *Social Psychological and Personality Science, 8*(4), 379–386. <https://doi.org/10.1177/1948550617715068>
- Schut, D. M., & Boelen, P. A. (2017). The relative importance of rumination, experiential

- avoidance and mindfulness as predictors of depressive symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 8–12. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.11.008>
- Seligowski, A. V., Lee, D. J., Bardeen, J. R., & Orcutt, H. K. (2014). Emotion Regulation and Posttraumatic Stress Symptoms: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(2), 87–102. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.980753>
- Seligowski, A. V., Rogers, A. P., & Orcutt, H. K. (2016). Relations among emotion regulation and DSM-5 symptom clusters of PTSD. *Personality and Individual Differences*, 92, 104–108. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.12.032>
- Senra, C., Merino, H., & Ferreiro, F. (2017). Exploring the link between perfectionism and depressive symptoms: Contribution of rumination and defense styles. *Journal of Clinical Psychology*, 74(6), 1053–1066. <https://doi.org/10.1002/jclp.22571>
- Shapiro, M. O., Short, N. A., Morabito, D., & Schmidt, N. B. (2020). Prospective associations between intolerance of uncertainty and psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 166, 110210. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110210>
- Shavitt, S., Cho, Y. I., Johnson, T. P., Jiang, D., Holbrook, A., & Stavrakantonaki, M. (2016). Culture Moderates the Relation Between Perceived Stress, Social Support, and Mental and Physical Health. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 47(7), 956–980. <https://doi.org/10.1177/0022022116656132>
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation and Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 379–405. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739>
- Shihata, S., McEvoy, P. M., & Mullan, B. A. (2018). A bifactor model of intolerance of uncertainty in undergraduate and clinical samples: Do we need to reconsider the two-factor model? *Psychological Assessment*, 30(7), 893–903.

<https://doi.org/10.1037/PAS0000540>

- Short, N. A., Norr, A. M., Mathes, B. M., Oglesby, M. E., & Schmidt, N. B. (2016). An Examination of the Specific Associations Between Facets of Difficulties in Emotion Regulation and Posttraumatic Stress Symptom Clusters. *Cognitive Therapy and Research, 40*(6), 783–791. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9787-8>
- Simms, L. J., Zelazny, K., Williams, T. F., & Bernstein, L. (2019). Does the Number of Response Options Matter? Psychometric Perspectives Using Personality Questionnaire Data. *Psychological Assessment, 31*(4), 557–566. <https://doi.org/10.1037/pas0000648>
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 57, pp. 141–163). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>
- Smith, J. M., & Alloy, L. B. (2009). A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review, 29*(2), 116–128. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.10.003>
- Spasojević, J., & Alloy, L. B. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion, 1*(1), 25–37. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.1.1.25>
- Spielmanns, G. I., Berman, M. I., & Usitalo, A. N. (2011). Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: A meta-analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease, 199*(3), 142–149. <https://doi.org/10.1097/NMD.0B013E31820CAEFB>
- Spinhoven, P., Penninx, B. W., Krempeuiou, A., van Hemert, A. M., & Elzinga, B. (2015).

- Trait rumination predicts onset of Post-Traumatic Stress Disorder through trauma-related cognitive appraisals: A 4-year longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 71, 101–109. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.06.004>
- Steyn, R., & de Bruin, G. P. (2020). An investigation of gender-based differences in assessment instruments: A test of measurement invariance. *SA Journal of Industrial Psychology*, 46(1), 1–12. <https://doi.org/10.4102/SAJIP.V46I0.1699>
- Swee, M. B., Olino, T. M., & Heimberg, R. G. (2018). Worry and anxiety account for unique variance in the relationship between intolerance of uncertainty and depression. *Cognitive Behaviour Therapy*, 48(3), 253–264. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1533579>
- Szabo, Y. Z., Warnecke, A. J., Newton, T. L., & Valentine, J. C. (2017). Rumination and posttraumatic stress symptoms in trauma-exposed adults: a systematic review and meta-analysis. *Anxiety, Stress, & Coping*, 30(4), 396–414. <https://doi.org/10.1080/10615806.2017.1313835>
- Tabachnick, B., & Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics*. Pearson Education.
- Ten Have, M., Tuithof, M., van Dorsselaer, S., Schouten, F., Luik, A. I., & de Graaf, R. (2023). Prevalence and trends of common mental disorders from 2007- 2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*, 22(2), 275–285. <https://doi.org/10.1002/wps.21087>
- Toro, R., Alzate, L., Santana, L., & Ramírez, I. (2018). Afecto negativo como mediador entre intolerancia a la incertidumbre, ansiedad y depresión. *Ansiedad y Estrés*, 24(2–3), 112–118. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2018.09.001>
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination Reconsidered: A

Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247–259.

<https://doi.org/10.1023/A:1023910315561>

Van der Does, A. J. W. (2002). *Handleiding bij de Nederlandse versie van Beck Depression Inventory—second edition (BDI-II-NL)*. Harcourt.

Vanderhasselt, M.-A., Brose, A., Ernst, H. W. K., & De Raedt, R. (2016). Co-variation between stressful events and rumination predicts depressive symptoms: An eighteen months prospective design in undergraduates. *Behaviour Research and Therapy*, 87, 128–133. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.09.003>

Viana, A. G., Paulus, D. J., Garza, M., Lemaire, C., Bakhshaie, J., Cardoso, J. B., Ochoa-Perez, M., Valdivieso, J., & Zvolensky, M. J. (2017). Rumination and PTSD symptoms among trauma-exposed Latinos in primary care: Is mindful attention helpful? *Psychiatry Research*, 258, 244–249. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.042>

Vine, V., & Marroquin, B. (2017). Affect intensity moderates the association of emotional clarity with emotion regulation and depressive symptoms in unselected and treatment-seeking samples. *Cognitive Therapy and Research*, 42(1), 1–15.

<https://doi.org/10.1007/s10608-017-9870-9>

Voitsidis, P., Nikopoulou, V. A., Holeva, V., Parlapani, E., Sereslis, K., Tsipropoulou, V., Karamouzi, P., Giaskoulidou, A., Tsopaneli, N., & Diakogiannis, I. (2021). The mediating role of fear of COVID-19 in the relationship between intolerance of uncertainty and depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(3), 884–893. <https://doi.org/10.1111/papt.12315>

Watson, D. (2009). Differentiating the Mood and Anxiety Disorders: A Quadripartite Model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 221–247.

<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153510>

- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., & Friedman, M. J. (2013). Meta-Analysis of the Efficacy of Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry, 74*(6), 11710. <https://doi.org/10.4088/JCP.12R08225>
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. <https://www.ptsd.va.gov/>
- Weiss, N. H., Tull, M. T., Viana, A. G., Anestis, M. D., & Gratz, K. L. (2012). Impulsive behaviors as an emotion regulation strategy: Examining associations between PTSD, emotion dysregulation, and impulsive behaviors among substance dependent inpatients. *Journal of Anxiety Disorders, 26*(3), 453–458. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.007>
- Wenzlaff, R. M., & Luxton, D. D. (2003). The role of thought suppression in depressive rumination. *Cognitive Therapy and Research, 27*(3), 293–308. <https://doi.org/10.1023/A:1023966400540>
- Whisman, M. A., du Pont, A., & Butterworth, P. (2020). Longitudinal associations between rumination and depressive symptoms in a probability sample of adults. *Journal of Affective Disorders, 260*, 680–686. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.035>
- Wong, C. F., Silva, K., Kecojevic, A., Schragger, S. M., Bloom, J. J., Iverson, E., & Lankenau, S. E. (2013). Coping and emotion regulation profiles as predictors of nonmedical prescription drug and illicit drug use among high-risk young adults. *Drug and Alcohol Dependence, 132*(1–2), 165–171. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.01.024>
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*.

- World Health Organization. (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030*.
- Wu, K., Zhang, Y., Liu, Z., Zhou, P., & Wei, C. (2015). Coexistence and different determinants of posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Chinese survivors after earthquake: Role of resilience and rumination. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01043>
- Zayfert, C., Becker, C., Bellono, L. D. G., & Fuentes, S. V. (2008). *Terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático*. Manual Moderno.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1998). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA5201_2

Apéndice A. Estudios Incluidos en la Revisión Sistemática

Tabla A

Estudios incluidos en la revisión sistemática

Estudio	N	Características de la muestra	Diseño	Medida de la variable transdiagnóstica	Medida de resultado	Hallazgos importantes
Paulus et al. (2015)	642	Comunitaria	Transversal	IU (IUS)	Depresión (BDI-II)	La IU media la relación entre el afecto negativo y varios trastornos emocionales, incluyendo la depresión.
McEvoy & Erceg-Hurn (2016)	108	Comunitaria	Experimental	IU (IUS-12)	Depresión (BDI-II)	Los cambios en la IU se asociaron con reducciones en el pensamiento negativo repetitivo, pero no con los síntomas depresivos.
Dar et al. (2017)	120	Clínica	Transversal	IU (IUS)	Depresión (BDI-II)	La preocupación medió y moderó la relación entre la IU y los síntomas de depresión.
Swee et al. (2018)	221	Universitaria	Transversal	IU (IUS-12)	Depresión (BDI-II)	La IU se asocia indirectamente a los síntomas depresivos a través de la preocupación y el rasgo de ansiedad.

Toro et al. (2018)	506	Comunitaria	Transversal	IU (IUS)	Depresión (BDI-II)	El afecto negativo (estado y rasgo) actúa como un mediador parcial de la relación entre la IU y los síntomas depresivos.
Barry et al. (2019)	66 48	Comunitaria Clínica	Transversal	IU (IUS-12)	Depresión (BDI-II)	La IU y la rumia constructiva y no constructiva son predictores de los síntomas depresivos, incluso cuando controlaron los síntomas de ansiedad. Sin embargo, una vez que se controlaron los síntomas de ansiedad, no contribuyeron al diagnóstico de depresión.
Huang et al. (2019)	494 321	Comunitaria	Estudio 1 Transversal Estudio 2 Longitudinal	IU (IUS-12)	Depresión (PHQ-9)	La rumia medió parcialmente la relación entre la IU y los síntomas depresivos. Sin embargo, después de dos meses, la rumia medió completamente esta relación.
Saulnier et al. (2019)	374	Clínica	Transversal	IU (IUS-12)	Depresión (BDI-II)	El factor general de IU se encuentra relacionado con los síntomas depresivos cognitivos y afectivos/somáticos. Mientras que la dimensión inhibitoria de la IU solamente se relaciona con los síntomas cognitivos depresivos.
Del Valle et al. (2020)	3805	Comunitaria	Transversal	IU (IUS)	Depresión (BDI-II)	La IU fue un predictor significativo de síntomas depresivos y de la ansiedad en el contexto de la pandemia por COVID-19.

Voitsidis et al. (2021)	2827	Comunitaria	Transversal	IU (IUS)	Depresión (PHQ-9)	El miedo a COVID-19 medió parcialmente la asociación entre la IU y los síntomas depresivos.
Chen et al. (2021)	56 53	Comunitaria Clínica	Transversal	IU (IUS-12)	Depresión (HAMD)	Las creencias metacognitivas negativas desadaptativas actúan como mediadoras en el efecto de la IU sobre los síntomas de depresión.
Oglesby et al. (2016)	50	Universitaria	Longitudinal	IU (IUS)	TEPT (PCL-C)	La IU pretrauma predice los síntomas elevados de TEPT post-trauma en estudiantes universitarios después de un tiroteo en el campus, incluso después de controlar los niveles pretrauma de sensibilidad a la ansiedad.
Boelen et al. (2016)	134	Comunitaria	Longitudinal	IU (IUS-12)	TEPT (PSS-SR)	La IU inhibitoria se relaciona positivamente con los síntomas de TEPT y depresión, incluso después de controlar el neuroticismo, la preocupación y la rumia. Asimismo, la IU prospectiva predijo la gravedad del trastorno de duelo prolongado a los seis meses, pero no los síntomas de TEPT ni la depresión.
Oglesby et al. (2017)	126	Comunitaria	Transversal	IU (IUS-12)	TEPT (PCL-C)	La IU se asoció con un aumento en los síntomas de TEPT (excepto en la reexperimentación), incluso después de controlar el afecto negativo y la sensibilidad a la ansiedad.

Boelen (2019)	193	Universitaria	Longitudinal	IU (IUS-12)	TEPT (PSS-SR)	La IU inhibitoria previa al evento predijo los síntomas de TEPT posteriores al evento (excepto en la dimensión de reexperimentación del TEPT).
Raudales et al. (2020)	259	Expuesta a trauma	Longitudinal	IU (IUS)	TEPT (PCL-C)	La sensibilidad a la ansiedad, pero no la tolerancia a la angustia y la IU, fue un mediador significativo entre la desregulación emocional y los síntomas de estrés postraumático en el seguimiento de 1 mes.
Badawi et al. (2021)	123	Clínica	Experimental	IU (IUS-12)	TEPT (PCL-5)	La disminución de la IU y la IU inhibitoria se asociaron con una disminución en la gravedad de TEPT. Sin embargo, la IU prospectiva solo se relacionó con cambios en los grupos de síntomas de reexperimentación, evitación y activación de TEPT.
Abravanel & Sinha (2015)	745	Comunitaria	Transversal	ED (DERS)	Depresión (CES-D)	La desregulación emocional medió la relación entre la adversidad acumulada y los síntomas depresivos, independientemente del estado de riesgo.
Ouimet et al. (2016)	150	Universitaria	Transversal	ED (DERS)	Depresión (DASS)	La desregulación emocional y la creencia maladaptativa sobre las emociones mediaron la

Pickard et al. (2016)	151	Universitaria	Transversal	ED (DERS)	Depresión (DASS)	relación entre la sensibilidad a la ansiedad y los síntomas depresivos. La atención plena y la regulación emocional mediaron completamente la relación entre los tres estilos de apego (seguro, ansioso y evitativo) y los síntomas depresivos. Sin embargo, el apego ansioso medió parcialmente esta relación.
Diedrich et al. (2017)	69	Clínica	Transversal	ER (ERSQ)	Depresión (BDI-II)	La capacidad para tolerar emociones negativas fue la única estrategia de regulación emocional que actuó como mediador en la relación entre la autocompasión y los síntomas depresivos.
Mutz et al. (2017)	364	Comunitaria	Transversal	ER (ERQ)	Depresión (PHQ-9)	La supresión expresiva medió la relación entre la rigidez mental y los síntomas depresivos.
Khakpoor et al. (2019)	26	Clínica	Experimental	ER (DERS)	Depresión (BDI-II)	El Protocolo Unificado demostró reducir los síntomas de depresión en los pacientes al mejorar la regulación emocional. La dificultad para participar en comportamientos dirigidos a metas y la falta de claridad emocional predijeron el 72% de la variabilidad en las puntuaciones de los síntomas de depresión.

Diehl et al. (2020)	911	Comunitaria	Transversal	ED (DERS)	Depresión (CUDOS)	La relación entre la desregulación emocional y los síntomas de depresión se mantuvo significativa al controlar la atención plena en línea base. Sin embargo, al controlar la desregulación emocional en línea base, la asociación entre la atención plena y los síntomas de depresión no fue significativa en la mayoría de los casos.
Groarke et al. (2021)	522	Comunitaria	Longitudinal	ED (DERS)	Depresión (PHQ-9)	En el contexto de COVID-19, la soledad predijo los síntomas de depresión un mes después, y los síntomas de depresión predijeron una mayor soledad un mes después. Esta relación no fue mediada por las dificultades en la regulación emocional. Sin embargo, se encontró una relación recíproca entre las dificultades en la regulación emocional y los síntomas de depresión.
O'Bryan et al. (2015)	297	Universitaria	Transversal	ED (DERS)	TEPT (PDS)	Las dificultades en la aceptación emocional predijeron significativamente una mayor gravedad de los síntomas de evitación e hiperactivación, independientemente del número

						de tipos de traumas y del afecto negativo. Por otro lado, la desregulación emocional no fue un predictor significativo de la gravedad de los síntomas de reexperimentación.
Short et al. (2016)	746	Expuesta a trauma	Transversal	ED (DERS)	TEPT (PDS)	Las dificultades en el control de los impulsos se asociaron con los diferentes grupos de síntomas del TEPT (reexperimentación, evitación e hiperactivación), mientras que la falta de estrategias de regulación emocional y la falta de claridad emocional se asociaron de manera única con los síntomas de embotamiento, después de controlar el neuroticismo.
Raudales et al. (2019)	209	Comunitaria	Transversal	ED (DERS)	TEPT (PCL-C)	La desregulación emocional media los efectos del tipo de trauma en los síntomas de TEPT en el caso de agresión sexual, pero no en otros tipos de trauma. Este efecto se mantuvo significativo después de controlar el afecto negativo.
Forbes et al. (2020)	85	Expuesta a trauma	Longitudinal	ER (DERS)	TEPT (PCL-5)	La desregulación emocional predijo la gravedad de los síntomas de TEPT a los 3 meses, incluso después de controlar otros factores de riesgo (edad, género, raza, etnia, tipo de trauma,

						adversidad infantil o exposición a traumas, y exposición a traumas a lo largo de la vida) y los síntomas iniciales de TEPT.
Pencea et al. (2020)	135	Expuesta a trauma	Longitudinal	ER (EDS-short)	TEPT (PSS)	La desregulación emocional predijo la presencia de síntomas crónicos de TEPT, incluso después de controlar la exposición al trauma, los síntomas en línea base de TEPT y los síntomas depresivos.
Fujisato et al. (2020)	1794	Comunitaria	Longitudinal	ER (ERSQ)	TEPT (PCL-5)	La regulación emocional predijo los síntomas de TEPT a los 4 meses, incluso después de controlar los síntomas en línea base.
Post et al. (2021)	200	Clínica	Transversal	ER (ERQ)	TEPT (PSS-I)	La regulación emocional medió completamente las relaciones entre el afecto negativo, el TEPT y el TDM, así como entre las expectativas de regulación del estado de ánimo negativo y el TEPT y el TDM.
Iqbal & Dar (2015)	77	Clínica	Transversal	Rumia (RRS)	Depresión (BDI)	La rumia reflexiva y reproche mediaron la asociación entre el afecto negativo y los síntomas depresivos, pero no de ansiedad.
Vanderhasselt et al. (2016)	92	Universitaria	Longitudinal	Rumia (RRS)	Depresión (BDI-II)	La covariación de eventos estresantes y la rumia predijeron los síntomas depresivos a los 3 y 15

						meses. Este efecto se mantuvo incluso después de controlar los síntomas depresivos en la línea base.
Petrocchi & Ottaviani (2016)	41	Universitaria	Longitudinal	Rumia (RRS)	Depresión (CES-D)	La rumia fue un mediador significativo de la relación entre la dimensión de no juzgar de la atención plena y los síntomas depresivos después de dos años.
Liu et al. (2017)	87	Clínica	Transversal	Rumia (RRS)	Depresión (HAMD)	La rumia medió parcialmente la relación entre la memoria autobiográfica y los síntomas depresivos. Específicamente, el subtipo maladaptativo de rumia de reproche.
Vine & Marroquin, (2017)	100	Clínica	Transversal	Rumia (RRS)	Depresión (MASQ AD)	La rumia medió las relaciones entre la claridad emocional y los síntomas depresivos independientemente de la intensidad afectiva.
Schut & Boelen (2017)	208	Universitaria	Longitudinal	Rumia (RRS)	Depresión (BDI-II)	El rasgo de atención plena, pero no la reflexión, el reproche y la evitación experiencial, predijo los síntomas depresivos después de un año, incluso al controlar los síntomas de depresión iniciales.
Senra et al. (2017)	438	Comunitaria	Transversal	Rumia (RRS)	Depresión (BDI-II)	La dimensión de reproche de la rumia y las defensas inmaduras mediaron la relación entre el

						perfeccionismo y los síntomas depresivos. Además, el reproche moderó el impacto del perfeccionismo en los síntomas depresivos.
Costa et al. (2018)	70 70	Clínica Comunitaria	Transversal	Rumia (RRS)	Depresión (DASS)	La fusión cognitiva, pero no la rumia y la atención plena, fue el único mediador significativo de la relación entre el afecto negativo y los síntomas depresivos.
Bakker et al. (2018)	100	Clínica	Transversal	Rumia (RRS)	Depresión (PHQ-9)	La dimensión de reproche de la rumia, la evitación experiencial y la aceptación mediaron la relación entre la autocompasión y los síntomas depresivos.
Whisman et al. (2020)	5891	Comunitaria	Longitudinal	Rumia (RRS)	Depresión (PHQ-9)	La rumia predijo el cambio residual en los síntomas depresivos, y los síntomas depresivos predijeron el cambio residual en la rumia (seguimiento de 4 años), lo que sugiere una relación bidireccional entre la rumia y los síntomas depresivos.
Liang et al. (2020)	501	Universitaria	Transversal	Rumia (RRS)	Depresión (CES-D)	La paz mental y la rumia mediaron completamente la relación entre la gratitud y los síntomas de depresión. Este modelo de mediación no mostró diferencias según el género

Lyon et al. (2020)	3043	Comunitaria	Transversal	Rumia (RRS)	Depresión (BSI)	La dimensión de reproche de la rumia medió el efecto del neuroticismo, la extroversión, la responsabilidad y la apertura en los síntomas depresivos. La reflexión medió los efectos del neuroticismo, la extroversión y la apertura en los síntomas depresivos.
De Rosa et al. (2021)	151 42	Universitaria Clínica	Transversal	Rumia (RRQ)	Depresión (BDI-II)	El perfeccionismo se asocia con la rumia, tanto en la población clínica como en la no clínica. La rumia medió la relación entre el perfeccionismo maladaptativo y la depresión.
Spinhoven et al. (2015)	359	Expuesta a trauma	Longitudinal	Rumia (RUM)	TEPT (PSS-I)	La gravedad de la depresión previa al trauma y la rumia como rasgo (pero no la preocupación como rasgo) predijeron la aparición del TEPT durante un seguimiento de cuatro años. La evaluación cognitiva del evento traumático medió parcialmente la asociación entre la rumia como rasgo y el TEPT.
Wu et al. (2015)	318	Expuesta a trauma	Transversal	Rumia (RRS)	TEPT (M-PTSD)	El reproche y la rumia relacionada con la depresión se relacionan con niveles más altos de TEPT.

Basharpoor et al. (2015)	99	Expuesta a trauma	Transversal	Rumia (RRS)	TEPT (M-PTSD)	El grupo con TEPT mostró niveles más altos de evitación experiencial y rumia en comparación con el grupo sin TEPT. Además, se encontró que el grupo con TEPT presentaba significativamente niveles más bajos de atención plena en comparación con el grupo sin TEPT.
Roley et al. (2015)	45	Expuesta a trauma	Transversal	Rumia (RTSQ)	TEPT (PCL-5)	La rumia repetitiva y la rumia anticipatoria moderan la relación entre los síntomas de TEPT y TDM.
Seligowski et al. (2016)	403	Comunitaria	Transversal	Rumia (RRS)	TEPT (PCL-5)	La rumia estuvo significativamente relacionada con cada uno de los grupos de síntomas del TEPT, incluso después de controlar el afecto negativo.
Viana et al. (2017)	182	Expuesta a trauma	Transversal	Rumia (RRS)	TEPT (PDS)	La atención plena fue un moderador significativo en las relaciones entre la rumia y todos los grupos de los síntomas de TEPT (reexperimentación, evitación, activación y síntomas totales de TEPT).
García et al. (2018)	629	Comunitaria	Transversal	Rumia (RRS)	TEPT (SPRINT-E)	La rumia intrusiva medió la relación entre la rumia negativa y los síntomas de estrés postraumático.

Pugach et al. (2019)	90	Comunitaria	Transversal	Rumia (RRS)	TEPT (CAPS-5)	La rumia medió completamente la relación entre la desregulación emocional general y la gravedad de síntomas de TEPT.
Mathes et al. (2020)	119	Expuesta a trauma	Longitudinal	Rumia (RRS)	TEPT (PCL-C)	La hostilidad medió la asociación prospectiva entre la rumia y los síntomas de TEPT, incluso al controlar el diagnóstico de trastorno depresivo.
Preston et al. (2021)	204	Expuesta a trauma	Longitudinal	Rumia (RQ)	TEPT (PDS)	El trauma interpersonal moderó la relación entre la rumia inicial y los síntomas de TEPT al mes, incluso después de controlar variables como la edad, el sexo, la condición de tratamiento, el afecto negativo y el número de traumas experimentados previamente.

Nota. IU = Intolerancia a la Incertidumbre, ED = Desregulación emocional, ER = Regulación emocional, TEPT = Trastorno por Estrés Postraumático, TDM = Trastorno Depresivo Mayor, IUS = Escala de Intolerancia a la Incertidumbre, IUS-12 = Escala de Intolerancia a la Incertidumbre versión corta, DERS = Escala de Dificultades en la Regulación Emocional, EDS-Short = Escala de Desregulación Emocional versión corta, ERSQ = Cuestionario de Habilidades de Regulación Emocional, BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II, PHQ-9 = Cuestionario de Salud del Paciente-9, HAMD = Escala de Depresión de Hamilton, BSI = Inventario Breve de Síntomas, CES-D = Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, DASS = Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés, CUDOS = Escala de Resultados Clínicamente Útiles para la Depresión, MASQ AD = Subescala de Depresión Anhedónica del Cuestionario de Síntomas de Ánimo y Ansiedad - versión Corta, PCL-5 = Lista de verificación del trastorno de estrés postraumático para el DSM-5, PCL-C = Lista de verificación del trastorno de estrés postraumático, M-PTSD = Escala Mississippi para el Trastorno de Estrés Postraumático, PSS-I = Escala de Síntomas de Estrés Postraumático.

