

**Intolerancia a la incertidumbre y sensibilidad a la ansiedad: relaciones con síntomas de ansiedad, depresión y trastornos de personalidad**

**Trabajo Fin de Grado de Psicología**

**Natalia Ossorio del Rosario**

**Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología, Facultad de Psicología.  
Universidad de La Laguna (ULL)**

**Tutorizado por Manuel González Rodríguez**

**Curso Académico 2022-23**

## Resumen

Se analizan las relaciones de dos vulnerabilidades temperamentales de orden superior, el afecto positivo (AP) y el negativo (AN), y dos vulnerabilidades cognitivas de orden inferior, la intolerancia a la incertidumbre y la sensibilidad a la ansiedad con los síntomas de ansiedad, depresión y los trastornos de personalidad en una muestra de 419 personas de la comunidad ( $M=33.0$ ,  $Dt=15.1$ ) donde el 62.8% eran mujeres. Los resultados señalan la existencia de medias estadísticamente significativas en la puntuación total de la escala de sensibilidad a la ansiedad en el nivel de estudios y grupos de edad, pero no se observan diferencias en intolerancia a la incertidumbre en las variables sociodemográficas evaluadas. Los síntomas de ansiedad, depresión y los trastornos de personalidad comparten como predictores las preocupaciones cognitivas de la sensibilidad a la ansiedad y el AN, por otro lado, los síntomas de ansiedad y los síntomas psicopatológicos comparten la incertidumbre prospectiva y la depresión es predicha además por menos AP. Los resultados se discuten atendiendo a los estudios revisados y se proponen programas de intervención cognitivo conductuales centrados en la intolerancia a la incertidumbre y la sensibilidad a la ansiedad.

*Palabras claves: intolerancia a la incertidumbre, sensibilidad a la ansiedad, preocupaciones físicas, preocupaciones cognitivas, transdiagnóstico*

## Abstract

The relationships of two higher order temperamental vulnerabilities, positive affect (PA) and negative affect (NA), and two lower order cognitive vulnerabilities, intolerance to uncertainty and sensitivity to anxiety with symptoms of anxiety, depression and personality disorders are analyzed in a sample of 419 community members ( $M=33.0$ ,  $Dt=15.1$ ) where 62.8% were women. The results indicate the existence of statistically significant means in the total score of the anxiety sensitivity scale in the educational level and age groups, but no differences were observed in intolerance to uncertainty in the sociodemographic variables evaluated. Anxiety symptoms, depression and personality disorders share as predictors the cognitive concerns of anxiety sensitivity and NA, on the other hand, anxiety symptoms and psychopathological symptoms share prospective uncertainty and depression is further predicted by less PA. The results are discussed according to the reviewed studies and cognitive-behavioral intervention programs focused on uncertainty intolerance and anxiety sensitivity are proposed.

*Key words: intolerance to uncertainty, anxiety sensitivity, physical concerns, cognitive concerns, transdiagnostic.*

## **Introducción**

En la etiología y el mantenimiento de los trastornos emocionales podemos encontrar dos tipos de vulnerabilidades. Una vulnerabilidad temperamental, que señala algunos rasgos de la personalidad, como el neuroticismo/afecto negativo, la extraversión/afecto positivo y las vulnerabilidades cognitivas que “son características parecidas a los rasgos estables de la personalidad que interactúan con el estrés significativo de la vida confiriéndole responsabilidad en los trastornos emocionales” (Reardon y Williams, 2007, p. 626). Otros autores la definen "como la percepción que tiene una persona de sí misma como sujeta a peligros internos o externos sobre los que no tiene control o éste es insuficiente para proporcionarle una sensación de seguridad". En los síndromes clínicos, la sensación de vulnerabilidad se ve magnificada por ciertos procesos cognitivos disfuncionales" (Beck et al., 1985, pp. 67-68). Los estudios constatan las existencias de 18 vulnerabilidades cognitivas (Morris y Mansell, 2018), entre las que destacamos la intolerancia a la incertidumbre (II) y la sensibilidad a la ansiedad (SA) (Hong y Cheung, 2015). Un modelo que integra las dos vulnerabilidades anteriores es el modelo jerárquico de vulnerabilidad cognitiva para los trastornos depresivos y de ansiedad, que ofrece un marco potencial para comprender la vulnerabilidad compartida y única para los trastornos depresivos y de ansiedad (Norton y Mehta, 2007; Paulus et al., 2015). Este modelo postula la influencia de una vulnerabilidad de orden superior, el afecto negativo (AN) y dos vulnerabilidades cognitivas de origen inferior, tales como la intolerancia a la incertidumbre y la sensibilidad a la ansiedad, conceptualizadas como la predisposición a experimentar emociones negativas o aversivas (Norton y Mehta, 2007; Paulus et al., 2015). Así, la AN alta predispone a una persona a desarrollar una elevada intolerancia a la incertidumbre (IU) y a la sensibilidad a la ansiedad. A su vez, las elevaciones del II y la SA predisponen a las personas a desarrollar síntomas y trastornos depresivos y de ansiedad (Norton y Mehta, 2007; Paulus et al., 2015). Otro modelo de interés es el modelo tripartito de la ansiedad y depresión (Clark y Watson, 1991) que se desarrolló para explicar tanto comorbilidad como la distinción entre la ansiedad y la depresión. Este modelo señala que los trastornos depresivos y de ansiedad comparten un factor general de un elevado afecto negativo (AN), por otra parte, ambos trastornos poseerían

también una serie de síntomas, así la ansiedad somática (AS) es específica de los trastornos de ansiedad, aunque está más fuertemente relacionado con el pánico/agorafobia (Mineka et al., 1998), y finalmente, la anhedonia o bajo afecto positivo (AP) que es más específico de la depresión (Clark y Watson, 1991). En un estudio el AP se relaciona  $-.41$  con depresión y  $-.22$  con ansiedad subjetiva y pánico (BAI), y el AN se relaciona  $.65$  con depresión y  $.60$  con el BAI. La ansiedad somática (AS) se relacionó  $.49$  con depresión y  $.65$  con el BAI. Los predictores compartidos de la depresión y la ansiedad subjetiva y pánico fueron el AN y la AS, y específico de la depresión el bajo AP (González e Ibáñez, 2018).

La intolerancia a la incertidumbre (II) se define como "una característica disposicional que resulta de un sistema de creencias negativas sobre incertidumbre y sus implicaciones" (Dugas y Robichaud, 2007, p. 24). Algunos autores sugirieron que la II está relacionada con múltiples factores de vulnerabilidad cognitiva, como la sensibilidad a la ansiedad, el miedo a la evaluación negativa y el estilo rumiativo, que reflejan un núcleo común de miedo a lo desconocido (Carleton, 2016; Hong y Cheung, 2015), de manera que estas vulnerabilidades compartidas son similares a la vulnerabilidad psicológica general, referida a una sensación de incontrolabilidad sobre las experiencias internas y externas, que postula el modelo de triple vulnerabilidad (Barlow, 2002). Las personas con un alto nivel de incertidumbre tienden a percibir la mayoría de las situaciones como negativa, amenazantes y que hay que evitar (McEvoy y Mahoney, 2012). La II se ha identificado como un factor de riesgo transdiagnóstico para los trastornos emocionales (Poh et al., 2021; para una revisión véase p. ej., McEvoy et al., 2019), que explicaría la elevada comorbilidad observada entre los trastornos (Boswell et al., 2013). La II evaluada con una escala de 27 ítems se compone de dos dimensiones de orden inferior, denominados inicialmente como incertidumbre generadora de inhibición (IGI) e incertidumbre como desconcierto e imprevisión (IDI) (González et al., 2006a), y posteriormente en una escala de 12 ítems como incertidumbre inhibitoria (IIHB), que está orientado al presente y centrado en el comportamiento (p. ej., "Cuando llega el momento de actuar, la incertidumbre me paraliza"; Carleton et al., 2007) e incertidumbre prospectiva (IIPR), está orientado al futuro y centrado en las emociones (p. ej. "Los acontecimientos imprevistos me alteran mucho"), respectivamente (McEvoy y Mahoney, 2011). La IIHB desempeña un papel fundamental en diversos síntomas, tales como el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el trastorno de pánico, la fobia social y la depresión (Gentes y Ruscio, 2011; Poh et al., 2021; González et al.,

2006b; González et al., 2013). En estudios previos la IIHB se relacionó de manera única con los síntomas depresivos, mientras que la IIPR no lo estuvo (Boelen et al., 2016; McEvoy y Mahoney, 2012). La incertidumbre IIPR y la IIHB se relacionaron con ansiedad y depresión con coeficientes más altos de la primera (Yao et al., 2020). En otro estudio la IIHB y la IIPR se relacionaron con ansiedad, depresión y obsesión con coeficientes más elevados para la primera (González et al., 2006; González et al., 2013). En dos metaanálisis se han encontrado fuertes asociaciones entre la II y el Trastorno de ansiedad generalizada (TAG), la depresión, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y los trastornos de la conducta alimentarios (Brown et al., 2017; Gentes y Ruscio, 2011).

La sensibilidad a la ansiedad (SA) se define como "el miedo a las sensaciones relacionadas con la ansiedad que surge de las creencias de que las sensaciones tienen consecuencias adversas" (Taylor et al., 2007, p. 17), de manera que amplifica las respuestas del miedo y la ansiedad (Taylor et al., 2007). Al igual que la intolerancia a la incertidumbre, se considera un factor transdiagnóstico de los trastornos emocionales (Fitzgerald et al., 2021; Smits et al., 2019a). La SA se compone de tres dimensiones de orden inferior: preocupaciones físicas (miedo a los síntomas fisiológicos de la ansiedad), preocupaciones cognitivas (miedo a perder el control de los procesos mentales) y preocupaciones sociales (miedo a la ansiedad observable externamente (Reiss, 1991). La SA, al igual que la intolerancia a la incertidumbre, se relaciona con el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, la fobia social y la depresión (Poh et al., 2021).

Si bien II y la SA se propusieron inicialmente como factores de riesgo específicos para el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico, respectivamente, aunque un creciente cuerpo de investigación ha demostrado que tanto II como la SA son sólidos predictores transdiagnósticos de síntomas relacionados con la ansiedad tanto en muestras clínicas como no clínicas (Carleton et al., 2012; Dugas et al., 2012; Mahoney y McEvoy, 2012; Naragon-Gainey, 2010; Shihata et al., 2017). Los estudios prospectivos también han relacionado niveles más altos de II y SA con el desarrollo de varios síntomas y trastornos relacionados con la ansiedad (Boelen, 2019; Oglesby et al., 2016). Dos metaanálisis respaldan firmemente el papel de la SA en la etiología de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Naragon-Gainey, 2010; Olatunji y Wolitzky-Taylor, 2009).

Por lo tanto, las personas con alto IU tienden a interpretar la incertidumbre de una manera negativa (Carleton et al., 2007). En estas personas, las percepciones de incertidumbre pueden aumentar la evitación (para reducir el malestar y la exposición a situaciones inciertas), creando así un círculo vicioso de percepciones negativas de incertidumbre, evitación y aumento de los síntomas de afecto negativo y ansiedad (Shapiro et al., 2020).

Por lo tanto, las investigaciones señalan que la SA y la II exacerba la experiencia de ansiedad y da lugar a estrategias de afrontamiento desadaptativas (Allan et al, 2023).

A pesar de las relaciones bien establecidas entre II y SA y los síntomas de ansiedad, se sabe mucho menos sobre la interacción entre estos dos procesos transdiagnósticos, de manera que se ha prestado atención a la superposición conceptual entre IU y la SA, con evidencias que sugiere que IU y la SA son procesos relacionados, pero distintos (Carleton et al., 2007). Específicamente, los investigadores han teorizado que la IU puede ser un componente necesario de la SA (Carleton et al., 2007), de modo que la dificultad para tolerar la incertidumbre en general puede predisponer a las personas a experimentar dificultades para soportar la incertidumbre específicamente con respecto a las posibles consecuencias negativas de la ansiedad y sensaciones relacionadas con la ansiedad fisiológica

La intolerancia a la incertidumbre se relaciona con la SA, de manera la incertidumbre inhibitoria y la prospectiva se relacionan con las preocupaciones cognitivas, las sociales y las físicas con coeficiente más elevados con la primera (Allan et al., 2017). En otro estudio, el género se relacionó negativamente con las preocupaciones físicas, donde la edad se relacionó negativamente con síntomas de ansiedad, las preocupaciones sociales y los dos factores de la intolerancia a la incertidumbre. Estos últimos se relacionaron positivamente con los tres factores de la sensibilidad a la ansiedad. Los síntomas de depresión y ansiedad se relacionaron más alto con el preocupaciones cognitivas, físicas e incertidumbre como desconcierto e imprevisión (O'Bryan et al., 2022).

En este estudio nos planteamos dos objetivos: 1) conocer las relaciones de las vulnerabilidades temperamentales de AN y AP y de las vulnerabilidades cognitivas de intolerancia a la incertidumbre y la sensibilidad a la ansiedad con síntomas de ansiedad,

depresión y trastornos de personalidad; y 2) conocer la validez predictiva de las vulnerabilidades antes señaladas con los síntomas de ansiedad, depresión y trastornos de personalidad.

## **Método**

### *Participantes*

La muestra está constituida de 419 personas de la población general con una media de edad de 33.0 años ( $Dt = 15.1$ ), que va desde los 18 hasta los 83 años y una moda de 20. Un 62.8% eran mujeres y el 37.2% hombres. En lo que se refiere al nivel de estudios, un 12.7% tenían estudios primarios, el 52.6% estudios medios, un 11.5% eran diplomados y un 23.2% eran licenciados. Un 38.6% está en paro, 47.2% trabaja y un 14.2% estudia. En cuanto al estado civil, un 12.7% están solteros, 56.6% casados; 11.5% divorciados/separados. En relación con su zona de residencia, el 83.0% eran de zonas urbanas y el 17.0% lo eran de zonas rurales

### *Instrumentos*

*La Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS, Positive and Negative Affect Schedule;* Watson, Clark, & Tellegen, 1988). Evalúa dos dimensiones, el afecto positivo (AP) y el afecto negativo (AN). Se emplea una escala tipo Likert desde 1 a 5 puntos (1= “totalmente en desacuerdo”, 5= “totalmente de acuerdo”). Su consistencia interna oscila entre .87 y .89 para el afecto positivo y .84 y .89 para el afecto negativo (Sandín et al., 1999).

El Cuestionario de Evaluación de 45 Síntomas (SA-45) (*El Symptom Assessment-45 Questionnaire* de Davison et al., 1997). El SA-45 fue elaborado por Davison et al., (1997). En este trabajo se emplea la versión española (Sandín et al., 2008). Las respuestas se formulan mediante una escala tipo Likert que va desde 0 (“Nada en absoluto”) hasta 4 (“Mucho o extremadamente”). El coeficiente alfa para el SA-45 total fue de .95 (Sandín et al., 2008). En este estudio los síntomas de depresión (cinco ítems,  $\alpha = .82$ ). Los síntomas de ansiedad 25 ítems ( $\alpha = .92$  y  $\omega = .93$ ). Lo trastornos de personalidad 15 ítems ( $\alpha = .84$  y  $\omega = .85$ ). La consistencia interna en este estudio es de  $\alpha = .95$  y  $\omega = .96$ .

Índice de sensibilidad a la ansiedad-3 (*Anxiety Sensitivity Index, ASI-3*). Elaborado por Taylor et al. (2007) para probar las reacciones de miedo y ansiedad ante la experiencia de síntomas físicos, falta de control cognitivo y síntomas socialmente observables, agrupados en tres escalas: física, cognitiva y social. Este estudio utilizó la versión de 18 ítems propuesta por Sandín et al., (2007), con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos que va desde Nada o Casi nada

(0) a Mucho (4). Tiene una alta consistencia interna ( $\alpha = .91$  en el total, y oscila entre .83 y .87 para las subescalas). En este estudio, para el factor de preocupaciones físicas es ( $\alpha = .82$  y  $\omega = .83$ ), las preocupaciones cognitivas son ( $\alpha = .87$  y  $\omega = .87$ ), y preocupaciones sociales es ( $\alpha = .77$  y  $\omega = .78$ ). En este estudio la consistencia interna del ASI-3 es de  $\alpha = .90$  y  $\omega = .91$ .

La “Escala de intolerancia a la incertidumbre” (*Intolerance of Uncertainty Scale*, IUS; Freeston *et al.* (1994). La escala consta de 27 ítems, con una escala Likert de cinco alternativas y con dos factores: 1) Incertidumbre generadora de inhibición (cognitiva, conductual y emotiva) con un coeficiente de consistencia interna de .93 y una fiabilidad test-retest de .65) y 2) Incertidumbre como desconcierto e imprevisión que obtiene un coeficiente de consistencia interna de .89 y fiabilidad test-retest de 0,72. Alfa total .95 y rete .68 (González *et al.*, 2006a). En este estudio la IGI  $\alpha = .92$  y  $\omega = .92$ ), La IDI ( $\alpha = .88$  y  $\omega = .89$ ). En este estudio el total de la escala el  $\alpha = .95$  y  $\omega = .95$ .

#### *Procedimiento*

La muestra fue captada por un total de 15 alumnos que realizaban el trabajo de fin de grado, fueron entrenados en la administración de cuestionarios, mediante procedimientos de *role playing*. Se les solicitó que seleccionaran de su entorno cercano a un grupo de entre 8 y 10 adultos mayores de 18 años, mediante el efecto de bola nieve (Thomson, 2002). Las personas encuestadas recibían en un sobre las instrucciones para responder a cada cuestionario, un teléfono de contacto, la firma del consentimiento informado. Esta investigación tuvo el informe favorable del Comité de Ética de la Investigación y el Bienestar Animal (CEIBA) de la Universidad de La Laguna

#### *Análisis estadísticos de los datos*

Para los análisis se tuvo en cuenta si los valores escalares se distribuyen normalmente según la asimetría (esperada entre -3 y 3) y curtosis (esperada menos de 6) (Kim, 2013). Se utilizó el coeficiente de correlación  $r$  de Pearson para conocer los coeficientes de correlación entre las variables sociodemográficas de edad y género, las de vulnerabilidad cognitiva y las de síntomas psicopatológicos. Se analizan las diferencias de edad atendiendo a grupos según el percentil 25%, 50% y 75% ( $\leq 21$ , 22-44,  $\geq 45$  años). Se analizan a través de un análisis de varianza multivariante (MANOVA), en las variables mencionadas a nivel de estudios, la situación laboral, estado civil, los grupos de edad y lugar de residencia. Se realiza un análisis de

regresión jerárquica para determinar la validez incremental de los tres factores del ASI-3 y los dos factores del IU-12 se realizan análisis de regresión jerárquica múltiple que evalúa si los cinco factores podrían explicar una cantidad de variabilidad significativa en los síntomas de ansiedad, depresión, trastornos de personalidad y psicopatología una vez controlado el afecto negativo (AN) y el positivo (AP). Los cambios significativos en la varianza explicada después del segundo paso se consideraron indicativos de validez incremental con  $p < .05$ . La multicolinealidad se evaluó mediante dos indicadores de diagnóstico, la tolerancia y el factor de inflación de la varianza (VIF). Se recomienda que el valor de la resistencia sea superior a .10 y que el valor del VIF sea inferior a 10 (Kline, 2015).

## **Resultados**

En la Tabla 1 se muestran las puntuaciones medias y desviaciones típicas en los factores evaluados para la muestra total y atendiendo a las variables sociodemográficas. Se observa que las mujeres puntúan más elevado en los síntomas de ansiedad. Atendiendo a la residencia urbana y rural, no se observan diferencias estadísticamente significativas. En relación con los grupos de edad, las personas mayores de 45 años puntúan más elevado en sensibilidad a la ansiedad, pero el grupo menor de 21 años puntúan más en síntomas de ansiedad, síntomas depresivos y psicopatología. Con respecto al nivel de estudios, las personas con estudios primarios y medios puntúan más en sensibilidad a la ansiedad y trastornos de personalidad que los licenciados. Las personas con estudios primarios puntúan más en los síntomas de ansiedad que las personas licenciadas. En el AN las personas con diplomatura puntúan más elevada.

**Tabla 1**  
Diferencia de medias (Manova) según variables sociodemográficas

GÉN	G1 (Mujeres)		G2 (Hombres)		F	$\omega^2$	Muestra total				
	M	DT	M	DT			M	DT			
IU	24.1	8.4	23.7	8.3	1.08	.00	23.9	8.35			
ASI	17.6	11.9	15.9	12.3	1.61	.02	17.0	12.2			
SAN	23.8	16.8	19.7	15.4	5.41*	.02	22.1	16.4			
SDE	5.8	4.5	5.1	4.3	1.82	.00	5.50	4.44			
TPE	10.0	9.6	10.5	9.2	.276	.00	10.2	9.39			
AP	31.6	7.3	31.9	7.4	.118	.00	31.8	7.35			
AN	20.2	7.5	18.6	7.9	.114	.00	19.6	7.69			
PSICO	40.5	28.5	35.1	26.6	3.51	.00	38.3	27.9			
RESI	Rural		Urbano		F	$\omega^2$					
	M	DT	M	DT			M	DT			
IU	22.4	7.8	24.2	8.5	1.38	.00					
ASI	15.3	11.8	17.4	12.3	1.68	.02					
SAN	23.7	16.1	21.8	16.6	.626	.02					
SDE	4.8	4.3	5.6	4.5	1.60	.04					
TPE	8.9	7.0	10.5	9.9	2.39	.00					
AP	31.6	7.3	31.9	7.4	.118	.00					
AN	20.2	7.5	18.6	7.9	.114	.00					
PSICO	37.9	24.8	38.5	28.7	.02	.00					
Edad	G1 < 21		G2 22 - 44		G3 > 45		F	$\omega^2$			
	M	DT	M	DT	M	DT					
IU	23.9	7.3	23.3	7.2	24.5	10.3	.309	.00			
ASI	18.4	11.7	15.0	10.6	18.9	14.8	4.03*	.02	G3>G2		
SAN	19.4	12.6	15.0	11.6	16.6	15.0	3.54*	.02	G1>G2		
SDE	6.9	4.3	5.1	4.4	4.7	4.5	8.32***	.04	G1, G2> G3		
TPE	11.6	9.9	9.2	8.6	10.4	9.9	2.21	.00			
AP	31.2	6.6	33.6	6.3	30.9	6.5	2.36	.00			
AN	20.7	7.8	19.2	7.0	19.1	8.4	1.10	.00			
PSICO	43.3	27.8	34.4	24.3	40.5	32.4	3.87*	.01	G1> G2		
EST	G0 (primarios)		G1 (medios)		G2 (diplomados)		G3 (licenciados)		F	$\omega^2$	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT			
IU	24.5	10.0	24.2	7.8	24.0	8.7	21.9	8.6	.653	.00	
ASI	20.3	14.6	17.4	12.0	18.6	13.0	13.3	9.9	4.11**	.02	G0, G1> G3
SAN	22.3	18.2	16.7	12.3	17.5	11.1	13.3	12.9	4.50**	.02	G0>G3
SDE	6.2	4.8	5.6	4.5	6.5	4.3	4.5	4.2	2.65*	.04	
TPE	14.8	11.9	10.3	8.8	10.4	9.1	7.5	8.9	6.20***	.00	G0>G1, G3
AP	32.6	7.5	31.6	7.4	32.9	7.2	31.4	7.2	.457	.00	
AN	19.9	7.7	18.9	7.0	24.0	9.4	17.3	6.9	3.26*	.02	G2>G1,G3
PSICO	53.0	36.1	38.1	26.2	42.1	24.9	29.1	25.3	8.31***	.04	G0> G3, G1; G1>G3
E. Civil	G1 (Solteros)		G2 (Casados)		G3 (Divorciados)		F	$\omega^2$			
	M	DT	M	DT	M	DT					
IU	23.8	7.3	24.7	9.2	21.3	11.5		1.15	.00		
ASI	16.8	11.4	17.5	12.9	18.2	12.9		.16	.02		
SAN	17.5	12.2	15.5	15.5	12.5	14.7		1.20	.02		
SDE	6.1	4.4	4.6	4.3	2.7	3.9		5.76***	.04	G1>G2 Y G3	
PER	10.5	9.3	9.9	10.1	8.1	9.0		.46	.00		
AP	31.8	6.8	31.4	8.3	32.2	7.4		.10	.00		
AN	20.1	7.6	19.1	8.3	16.7	6.2		.26	.00		
PSICO	39.3	26.2	38.1	32.0	30.3	30.8		.67	.00		

Nota: SAN = Síntomas de ansiedad, SDE = Síntomas de depresión; TPE= Trastornos de personalidad; IU = intolerancia a la incertidumbre; ASI = Sensibilidad a la ansiedad; \* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$ ;  $\omega^2 = \leq .01$  (irrelevante),  $\omega^2 = .01$  (Pequeño);  $\omega^2 = .06$  (Medio);  $\omega^2 = .14$  (Grande)

En la Tabla 2 se observa que los datos cumplieron con las pautas aceptables de asimetría y curtosis. La incertidumbre inhibitoria (IIHB) y la incertidumbre prospectiva (IIPR) y la escala total del IUS-12 se relacionan  $\geq .50$  con los trastornos de personalidad, los síntomas de ansiedad,

depresión, los tres factores de la sensibilidad a la ansiedad (SA) y psicopatología, así como con coeficientes más bajos con el AN y el AP. El AN se relaciona  $\geq .50$  con los síntomas de ansiedad, los depresivos, los trastornos de personalidad y psicopatología, sin embargo, los coeficientes de correlación son  $\leq .40$  con la puntuación de SA, y negativamente, aunque no estadísticamente significativa con el AP. Este último se relaciona negativamente con los síntomas de depresión y psicopatología. Las preocupaciones sociales se relacionan  $\geq .30$  con las variables psicopatológicas. Las preocupaciones cognitivas se relacionan  $\geq .60$  con los síntomas de ansiedad y los trastornos de personalidad. Los síntomas de ansiedad y depresión comparten en torno al 58% de la varianza con síntomas de depresión y PER, y estos últimos con los síntomas depresivos correlacionan  $.60$ . Incertidumbre inhibitoria con síntomas de depresión  $z = 2.40, p \leq .01$ ,  $iu$  con síntomas de depresión  $z = 2.12, \leq .03$

**Tabla 2**

*Coefficientes de correlación (r de Pearson) de orden cero (por encima de la diagonal) y correlación parcial (por debajo de la diagonal) donde se controla el AN y el AP. Valores de asimetría y curtosis*

	IINH	IIPRO	IUS	AN	AP	PFIS	PCOG	PSO	ASI	SAN	SDE	PER	PSICO
IINH		0.73***	.92***	.39***	-	0.51***	0.63***	0.54***	.65***	0.65***	<b>0.51***</b>	0.55***	.64***
					.30***								
IIPRO	.71***		.91***	.29***	-.12	0.42***	0.44***	0.45***	.50***	0.54***	0.41***	0.48***	.53***
IUS	.90***	.92***		.38***	-	.51***	.58***	.54***	.62***	.63***	<b>.51***</b>	.55***	.64***
					.23***								
AN					-.09	.30***	.40***	.37***	.41***	.57***	.56***	.52***	.61***
AP						-.10	-.12	-.10	-.11	-.12	-.27***	-.04	-.14*
PFIS	.44***	.35***	.45***				0.60***	0.47***	.84***	0.48***	0.37***	0.39***	.49***
PCOG	.56***	.36***	.50***			.56***		0.57***	.85***	0.61***	0.45***	0.61***	.63***
PSO	.46***	.38***	.46***			.44***	.59***		.81***	0.49***	0.38***	0.42***	.48***
ASI	.57***	.44***	.56***			.84***	.85***	.79***		.61***	.48***	.55***	.63***
SANS	.55***	.47***	.54***			.45***	.53***	.38***	.53***		0.78***	0.76***	.97***
SDEP	<b>.35***</b>	.32***	<b>.37***</b>			.30***	.35***	.28***	.40***	.68***		0.60***	.59***
PER	.46***	.41***	.47***			.27***	.54***	.30***	.43***	.69***	.49***		
PSICO	.56***	.47***	.55***			.58***	.58***	.38***	.54***	.96***	.72***	.85***	
ASIMETRÍA	0.77	0.39	.54	.82	-.29	0.87	1.53	0.80	1.09	1.24	0.78	1.49	1.09
CURTOSIS	0.98	-0.22	.23	.32	-.22	0.24	2.13	0.64	1.59	1.84	-0.01	2.86	1.49

*Nota.* IINH = Incertidumbre inhibitoria, IIPRO = Incertidumbre Prospectiva; PFIS = Preocupaciones físicas; PCOG = Preocupaciones

cognitivas; PSO = Preocupaciones sociales; SAN = Síntomas de ansiedad, SDE = Síntomas de depresión; TPE = Trastornos de personalidad; \* $p$

$\leq 0.05$ ; \*\*  $p \leq 0.01$ ; \*\*\*  $p \leq 0.001$

En la Tabla 3 se observan los análisis de regresión, donde se controla el AN y el AP. Así, la ansiedad es predicha con el 57% de la varianza por la incertidumbre inhibitoria ( $\beta = .19$ ), la incertidumbre prospectiva ( $\beta = .17$ ) y las preocupaciones cognitivas ( $\beta = .25$ ). Los trastornos de personalidad son predichos con el 52% por las preocupaciones cognitivas ( $\beta = .40$ ) y la incertidumbre prospectiva ( $\beta = .24$ ).

**Tabla 3**

*Análisis de regresión jerárquica de la predicción de las variables psicopatológicas*

Criterion variables	Model	Predictor variables	B	$\beta$	$R^2_{aj}$	SE B	t	p	95% CI	
									LL	UL
ANS	1	Constante	1.13			5.52	.205	.838		
		AN	1.27	.56		.133	9.51	.001	.444	.675
	AP	-.08	-.03	.31	.141	-5.61	.576	-.149	.083	
	Constante	-14.8			5.14	-2.89	.004			
	IUINH	.79	.19		.348	2.28	.024	.026	.353	
	IUPRO	.56	.17		.233	2.43	.016	.032	.307	
	PFIS	.29	.09		.187	1.53	.126	-.027	.219	
	PCOG	.92	.25		.268	3.46	.001	-.108	.396	
	PSOC	-.02	-.00	.57	.239	-.096	.924	-.133	.120	
	DEP	1	Constante	3.45			1.34	2.58	.011	
AN			.32	.54		.032	9.80	.001	.434	.652
AP		-.13	-.20	.35	.34	-3.68	.001	-.314	-.095	
Constante		.70			1.44	.485	.628			
IUINH		.05	.05		.10	.554	.580	-.129	.230	
IUPRO		.12	.14		.07	1.81	.072	-.013	.287	
PFIS		.07	.09		.51	1.44	.151	-.034	.221	
PCOG		.19	.19		.07	2.45	.015	.037	.345	
PSOC		.03	.03	.47	.07	.396	.693	-.108	.163	
TPE		1	Constante	-3.82			3.19	-1.20	.232	
	AN		.71	.54		.08	9.19	.001	.427	.660
	AP	.04	.03	.29	.08	.509	.611	-.086	.147	
	Constante	-10.9			3.11	-3.53	.001			
	IUINH	.29	.12		.21	1.36	.173	-.053	.292	
	IUPRO	.38	.20		.14	2.67	.008	.051	.340	
	PFIS	-.15	-.08		.11	-1.33	.186	-.207	.040	
	PCOG	.88	.41		.16	5.43	.001	.260	.557	
	PSOC	-.11	-.05	.52	.14	-.726	.468	-.178	.082	
	PSICOPA	1	Intercept	.40			8.43	.05	.962	
AN			2.37	.62		.21	11.49	.001	.511	.722
AP		-.18	-.04	.38	.22	-.84	.399	-.151	.060	
Intercept		-.25.1			7.81	3.21	.002			
		IUINH	1.19	.17		.54	2.22	.027	.019	.314

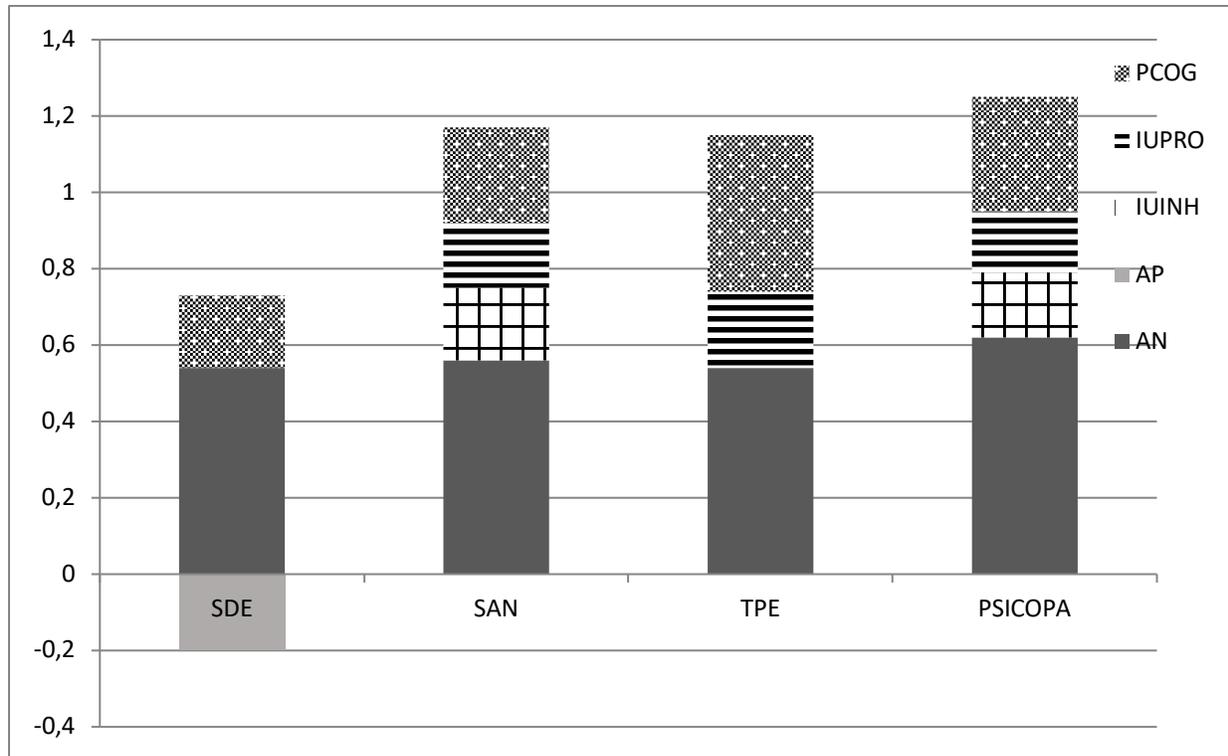
	IUPRO	.90	.16		.36	2.52	.013	.034	.279
	PFIS	.35	.07		.28	1.25	.211	-.039	.174
	PCOG	1.84	.30		.40	4.58	.001	.169	.426
2	PSOC	-.09	-.01	.63	.37	-.217	.829	-.125	.100

*Nota.* ANS = Ansiedad; DEP = Depresión; TPE = Trastornos de personalidad; PSICOPA = Psicopatología; PFIS = Preocupaciones físicas; PCOG = Preocupaciones cognitivas; PSOC = Preocupaciones sociales; AN = Afecto negativo; AP = Afecto positivo; IUIINH = incertidumbre inhibitoria; IUPRO = incertidumbre prospectiva,

En la Figura 1, se ilustran los resultados anteriores donde las preocupaciones cognitivas (PCOG) y el AN son comunes en un 100% de los síntomas, le siguen con un 76.5% la incertidumbre prospectiva (IUPRO), y con un 50 la incertidumbre inhibitoria (IUIINH), finalmente la depresión con menos AP. Las IGI es más elevada en la depresión, y algo más baja en los síntomas de ansiedad. La IDI es muy similar en los síntomas de ansiedad y los trastornos de personalidad.

### **Figura 1**

*Gráfica comparativa*



*Nota:* SDE = Síntomas de depresión, SAN = Síntomas de ansiedad, PER = Trastornos de personalidad; IINH = Incertidumbre inhibitoria, IUPRO = Incertidumbre Prospectiva; PFIS = Preocupaciones físicas; PCOG = Preocupaciones cognitivas; PSICO = Psicopatología

## Discusión

En este estudio analizamos los factores de vulnerabilidad temperamental de AN y AN, y las cognitivas de intolerancia a la incertidumbre y la sensibilidad a la ansiedad con síntomas de ansiedad, depresión y los trastornos de personalidad. Los coeficientes de consistencia interna de los factores evaluados son adecuados y en concordancia con los trabajos revisados (Freeston et al., 1994; Gámez et al. 2011; González et al., 2006a; Sandín et al., 2007; Sandín et al, 2008;).

Los síntomas evaluados están muy relacionados entre sí, donde los síntomas de ansiedad y depresión comparten el 61% de la varianza, los primeros y los trastornos de personalidad comparten el 58% de la varianza, y estos últimos comparten un 36% de la varianza con los síntomas depresivos (Abdi y Pak, 2019).

Si tenemos en cuenta las variables sociodemográficas, las mujeres obtienen medias más elevadas en los síntomas de ansiedad, pero no en la sensibilidad a la ansiedad e intolerancia a la

incertidumbre (Probert-Lindström y Perrin, 2023). Según los grupos de edad, los mayores de 45 años obtienen medias más altas en sensibilidad a la ansiedad (SA), por el contrario, los menores de 21 años obtienen medias más altas en síntomas de ansiedad y depresión. En psicopatología general el grupo menor a 21 años puntúa más elevado que el grupo de entre 22 y 44 años. En cuanto a los estudios las personas con estudios primarios puntúan más elevado en SA, síntomas de ansiedad, trastornos de personalidad y psicopatología. En cuanto al estado civil, las personas solteras puntúan una media más alta en síntomas de depresión, que los casados y divorciados.

El AN no se relaciona estadísticamente significativo con el AP ( $r_{xy} = -.09$ ) (Seib-Pfeifer, et al. 2017) y se relaciona  $> .50$  con los síntomas de ansiedad, depresión, los trastornos de personalidad y psicopatología. Sin embargo, se relacionan entre  $.30$  y  $.41$  con los factores de la escala de intolerancia a la incertidumbre y la sensibilidad a la ansiedad. EL AP solo se relaciona negativa y estadísticamente significativo con los síntomas depresivos y los síntomas psicopatológicos (González e Ibáñez, 2018)

La incertidumbre inhibitoria (IIHB) y la incertidumbre prospectiva (IIPRO) se relacionaron con las preocupaciones físicas, las cognitivas, las sociales, los síntomas de depresión y ansiedad, así como con los trastornos de personalidad, con coeficientes más altos para la primera (Fourounas y Thomas, 2016; O'Bryan et al., 2021; Yao et al., 2022). Los tres factores de la sensibilidad a la ansiedad se relacionaron con los síntomas de depresión, ansiedad y los trastornos de personalidad, siendo en este caso los coeficientes más altos para las preocupaciones cognitivas (Intrier y Newell, 2022).

Los síntomas de ansiedad, depresión, los trastornos de personalidad son predichos por el afecto negativo (AN), donde la depresión la predice menos afecto positivo (AP), tal y como señala el modelo tripartito (Clark y Watson, 1991; González e Ibáñez, 2018). Una vez controlado el AN y el AP, los tres síntomas antes señalados, incluido el factor general de psicopatología comparten como predictores las preocupaciones cognitivas. Por otro lado, los síntomas de ansiedad, depresión y los trastornos de personalidad, además de las preocupaciones cognitivas, comparten la incertidumbre prospectiva, en la línea de estudios revisados (González et al., 2006; González et al., 2013; McEvoy y Mahoney, 2012, Yao et al., 2020). Por lo tanto, los síntomas de ansiedad y la psicopatología general comparten tanto la incertidumbre generadora de inhibición como la incertidumbre prospectiva (González et al., 2006). Solo en la depresión

los dos factores de intolerancia a la incertidumbre no contribuyeron significativamente a la varianza de los síntomas depresivos (Probert-Lindström y Perrin, 2023). Este resultado es contrario a un estudio donde la incertidumbre prospectiva sí predijo los síntomas depresivos (Yesilot et al., 2022). Por lo tanto, las preocupaciones cognitivas y las evaluaciones catastróficas relacionadas con las sensaciones corporales también están relacionadas con la depresión (Otto et al., 1998).

Estos resultados constatan la relevancia de las intervenciones centradas en la intolerancia a la incertidumbre (Dugas (Dugas, y Robichaud, 2007; Herbert y Dugas, 2019), y para la sensibilidad a la ansiedad la Terapia Cognitivo Conductual es igualmente prometedora (Smits et al., 2019b, para una revisión véase: p. ej. Fitzgerald et al., 2021).

En este estudio se observan algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta: 1) se empleó un diseño transversal y nos basamos en evaluaciones de autoinforme de factores de vulnerabilidad cognitiva. Como tal, no podemos inferir causalidad o direccionalidad. La investigación futura debería replicar los hallazgos actuales utilizando diseños longitudinales o experimentales para investigar asociaciones causales y direccionales. Además, se deben utilizar enfoques de métodos múltiples para la evaluación de factores de riesgo clave para reducir la variación del método compartido. Por otro lado, mientras que los investigadores han sugerido que el examen de la mediación transversal puede ser apropiado para propósitos de generación de hipótesis cuando no se dispone de datos longitudinales (Hayes y Rockwood, 2017), la realización de análisis de mediación utilizando datos transversales no es ideal dado que no se puede establecer la precedencia temporal. Los resultados del estudio actual pueden no ser válidos si se evalúan longitudinalmente.

## Referencias

- Abdi, R., y Pak, R. (2019). The mediating role of emotion dysregulation as a transdiagnostic factor in the relationship between pathological personality dimensions and emotional disorders symptoms severity. *Personality and Individual Differences, 142*, 282–287. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.09.026>
- Allan, P., Cooper, D., Oglesby, M., Short, N., Saulnier, G. y Schmidt, B. (2017). Lower-order anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty dimensions operate as specific vulnerabilities for social anxiety and depression within a hierarchical mode, *Journal of Anxiety Disorders, 53*, 91-99. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.08.002>
- Allen, M. T. (2021). An exploration of the relationships of experiential avoidance (as measured by the aaq-ii and meaq) with negative affect, perceived stress, and avoidant coping styles. *PeerJ 9*:e11033 <https://doi.org/10.7717/peerj.11033>
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders* (2nd ed.). New York: The Guilford Press, Inc.
- Boelen, P. A., Reijntjes, A., y 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>.
- Boswell, J. F., Thompson-Hollands, J., Farchione, T. J., y Barlow, D. H. (2013). Intolerance of uncertainty: A common factor in the treatment of emotional disorders. *Journal of Clinical Psychology, 69*, 630–645. <https://doi.org/10.1002/jclp.21965>.
- Brown M, Robinson L, Campione GC, Wuensch K, Hildebrandt T, Micali N. (2017). Intolerance of uncertainty in eating disorders: a systematic review and meta-analysis: intolerance of uncertainty in eating disorders. *Eur Eat Disord Rev. 2017;25(5):329–43*. <https://doi.org/10.1002/erv.2523>
- Carleton, R. N. (2016). Fear of the unknown: One fear to rule them all? *Journal of Anxiety Disorders, 41*, 5–21. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.011>.
- Carleton, R. N., Norton, M. A., y Asmundson, G. J. (2007). Fearing the unknown: A short version of the intolerance of uncertainty scale. *Journal of Anxiety Disorders, 21*, 105–117. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.014>.

- Çelik, Ç. B., y Odaci, H. (2020). Subjective well-being in university students: What are the impacts of procrastination and attachment styles? *British Journal of Guidance y Counselling*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/03069885.2020.1803211>
- Davison, M.K., Bershadsky, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M.E., y Kane, R.L. (1997). Development of a brief, multidimensional, selfreport instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment*, 4(3), 259-276. <https://doi.org/10.1177/107319119700400306>
- Dugas, M. J., y Robichaud, M. (2007). Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice. New York, NY, US: Routledge/Taylor y Francis Group.
- Fitzgerald, H. E., Hoyt, D. L., Kredlow, M. A., Smits, J. A. J., Schmidt., N. B., Edmondson, D., Otto, M. W. (2021). Anxiety Sensitivity as a Malleable Mechanistic Target for Prevention Interventions: A Meta-Analysis of the Efficacy of Brief Treatment Interventions. *Clinical Psychology (New York)*, 28(4):323-337. doi: 10.1037/cps0000038. Epub 2021 Oct 21. PMID: 35300171; PMCID: PMC8923531.
- Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J. y Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- Gentes, E. L., y 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, M, Ibañez, I., Rovella, A., López, M. y Padilla, L. (2013). Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre: relaciones con variables psicopatológicas. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 21(1), 81-101
- González, M., & Ibañez, I. (2018). Propiedades psicométricas de una versión española breve de 30 ítems del Cuestionario de Ansiedad y Depresión (MASQE30). *Universitas Psychologica*, 17(1), 1-10. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-1.ppve>
- González, M., Cubas, R., Rovella, A. y Herrera, M (2006a). Adaptación española de la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre: procesos cognitivos, ansiedad y depresión. *Psicología y Salud*, 16(2), 219-233

- González, M., Ibáñez, I., y Cubas, R. (2006b). Variables de proceso en la determinación de la ansiedad generalizada y su generalización a otras medidas de ansiedad y depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 23-39.
- Hayes, A. F., y Rockwood, N. J. (2017). Regression-based statistical mediation and moderation analysis in clinical research: Observations, recommendations, and implementation. *Behaviour Research and Therapy*, 98, 39–57. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.11.001>
- Herbert, E. A., y Dugas, M. J. (2019). Behavioral Experiments for Intolerance of Uncertainty: Challenging the Unknown in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26, 421-436
- Hong, R. Y., 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, 892–912. <https://doi.org/10.1177/2167702614553789>.
- Intrieri, R. C., y Newell, Ch. B. (2022). Anxiety sensitivity not distress tolerance as a predictor of generalized anxiety symptoms and worry. *Current Psychology*, 41, 1148–1158. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00636-0>
- Krohne, H. W. (1993). Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. In H. W. Krohne (Ed.), *Attention and avoidance: Strategies in coping with aversiveness* (pp. 19–50). Toronto, ON: Hogrefe y Huber.
- Krohne, H. W., y Hock, M. (2011). Anxiety, coping strategies, and the processing of threatening information: Investigations with cognitive-experimental paradigms. *Personality and Individual Differences*, 50(7), 916–925. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.08.001>
- McEvoy P. M., Hyett, M. P., Shihata, S., Price, J. E., y 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., y Mahoney, A. E. (2011). Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 112–122. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.010>.

- McEvoy, P. M., y Mahoney, A. E. J. (2012). To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behavior Therapy*, 43, 533–545. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.02.007>.
- Morris, L., & Mansell, W. (2018). A systematic review of the relationship between rigidity/flexibility and transdiagnostic cognitive and behavioral processes that maintain psychopathology. *Journal of Experimental Psychopathology*, 9(3), Article 2043808718779431. <https://doi.org/10.1177/2043808718779431>
- Naragon-Gainey K. Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. *Psychol Bull.* 2010;136(1):128–50. <https://doi.org/10.1037/a0018055>.
- Norton, P. J., & Mehta, P. D. (2007). Hierarchical model of vulnerabilities for emotional disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 240–254. <https://doi.org/10.1080/16506070701628065>.
- O’Bryan, E. M., Stevens, K.T., Bimstein, J.G. Jean, A., Mammo, L. y Tolin, D. F. (2021). Intolerance of Uncertainty and Anxiety Symptoms: Examining the Indirect Effect Through Anxiety Sensitivity Among Adults with Anxiety-Related Disorders. *Journal Psychopathology and Behavioral Assessment*. <https://doi.org/10.1007/s10862-021-09912-0>
- Olatunji BO, Wolitzky-Taylor KB. Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: a meta-analytic review and synthesis. *Psychol Bull.* 2009;135(6):974–99. <https://doi.org/10.1037/a0017428>.
- Otto, M. W., Demopulos, C. M., McLean, N. E., Pollack, M. H., y Fava, M. (1998). Additional findings on the association between anxiety sensitivity and hypochondriacal concerns: examination of patients with major depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 225–232. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(98\)00011-5](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(98)00011-5)
- 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, 389–405. <http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2015.1017529>.
- Poh, R. Y. N., Zhuang, S., Ong, X. L., y Hong, R. Y. (2021). Evaluating Structural Models of Cognitive Vulnerabilities: Transdiagnostic and Specific Pathways to Internalizing Symptoms. *Assessment*, 28(6):1635-1655. <https://doi.org/10.1177/1073191120915287>.

- Probert-Lindström, S., y Perrin, S. (2023). An examination of distress tolerance, anxiety sensitivity, and intolerance of uncertainty in adults in routine psychiatric care. *Acta Psychologica*, 235, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2023.103902>
- Reardon, J. M., y Williams, N. L. (2007). The specificity of cognitive vulnerabilities to emotional disorders: anxiety sensitivity, looming vulnerability and explanatory style. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 625–643. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.09.013>
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141–153. [http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358\(91\)90092-9](http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358(91)90092-9)
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., y Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., y Santed Germán, M. A. (2007). ASI-3 : Nueva escala para la evaluación de la sensibilidad a la ansiedad. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 91–104. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.2.2007.4036>
- Seib-Pfeifer, L.-E., Pugnaghi, G., Beauducel, A., & Leue, A. (2017). On the replication of factor structures of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *Personality and Individual Differences*, 107, 201–207. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.11.053>
- Shapiro M. O, Short, N. A., Morabito, D., y 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>
- Shapiro, M., O., Short, N. A., Morabito, D., y N. B. Schmidt (2020). Prospective associations between intolerance of uncertainty and psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 166, 110210. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110210>
- Smits, J. A. J., Otto, M. W., Powers, M. B., y Baird, S. O. (2019b). *The Clinician's Guide to Anxiety Sensitivity Treatment and Assessment*. London. Academic Press
- Smits, J. A., Otto, M. W., Powers, M. B., y Baird, S. O. (2019a). Anxiety sensitivity as a transdiagnostic treatment target. In J. A. Smits, M. W. Otto, M. B. Powers, y S. O. Baird (Eds.), *The clinician's guide to anxiety sensitivity treatment and assessment* (pp. 1–8). Academic Press.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., Abramowitz, J. S., Holaway, R. M., Sandin, B., Stewart, S. H., Coles, M., Eng, W., Daly,

- E. S., Arrindell, W. A., Bouvard, M., y Cardenas, S. J. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment, 19*(2), 176–188. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.2.176>
- Thomson, S. K. (2002). *Sampling*. Nueva York: John Wiley y Sons.
- Warwick, H. M. (1989). A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis and health anxiety. *Journal of Psychosomatic Research, 33*(6), 705–711. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(89\)90086-x](https://doi.org/10.1016/0022-3999(89)90086-x).
- Yao, N. M. Q., Yi, J. y Elhai, J. D. (2020): The Influence of Intolerance of Uncertainty on Anxiety and Depression Symptoms in Chinese-speaking Samples: Structure and Validity of The Chinese Translation of The Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Personality Assessment, 103*(3), 406-415. <https://doi.org/10.1080/00223891.2020.1739058>
- Yesilot, S. B., Yesil Demirci, P., Eskimez, Z. (2022). The role of intolerance of uncertainty and anxiety sensitivity on nursing students' depression, anxiety, and stress levels. *Nurse Education in Practice. 65*:103487. doi: 10.1016/j.nepr.2022.103487