

AFECTIVIDAD NEGATIVA Y POSITIVA EN ADULTOS  
CUBANOS CON SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA,  
DEPRESIVA Y SIN TRASTORNOS

---

Negative and positive affect in Cuban adults with  
anxiety, depression and without symptoms

Marta de la Caridad Martín Carbonell\*  
Antonio Riquelme Marín\*\*  
Raquel Pérez Díaz\*\*\*

*Resumen*

El Modelo Bifactorial de Afectividad de Watson y Tellengen se ha postulado para la diferenciación de la ansiedad y la depresión en Europa y Norteamérica, pero no se han reportado estudios en población cubana de edad media. El objetivo de esta investigación fue investigar la Afectividad Positiva (AP) y la Afectividad Negativa (AN) en personas sin psicopatología, con sintomatología predominantemente ansiosa, depresiva o mixta. La muestra fue de 219 personas; 19,2% con sintomatología ansiosa, 17,8% depresiva, 23,7% mixta y el resto sin síntomas. Se utilizó el Inventario de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) para estudiar la afectividad y la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) para diferenciar los subgrupos diagnósticos. Se utilizó el ANOVA de un factor con el Método de la Diferencia Significativa Honesta de Tukey para establecer las diferencias. Se encontró que la AP era menor en los depresivos tal y como predice el Modelo, pero no se cumplió la predicción de que la AP diferenciaría a los ansiosos de las personas sin síntomas, y se encontró que en el grupo con sintomatología mixta había mayor AN y menor AP que en los otros subgrupos patológicos, lo cual alerta sobre la necesidad de evaluar los modelos desarrollados en otras culturas. **Palabras clave:** ansiedad, depresión, afectividad positiva y negativa, Modelo Bifactorial, Inventario de Afecto Positivo y Negativo, PANAS, anhedonia.

---

\*\* Universidad Cooperativa de Colombia, Santa Marta (Colombia).

\*\* Universidad de Murcia, Murcia (España).

\*\*\* Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, La Habana (Cuba).

**Correspondencia:** Marta Martín Carbonell. Facultad de Psicología, Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Santa Marta. Carretera Troncal del Criba Sector Mamatoco Santa Marta-Magdalena-Colombia. E-mail: martha.martinc@campusucc.edu.co

*Abstract*

Two-Factor Model of Emotion of Watson and Tellegen has been investigated for the differentiation of anxiety and depression in Europe and North America, but no studies have been reported on middle-aged Cuban population. The objective of this research was to investigate the negative (NA) and positive affectivity (PA) in individuals without psychopathology, predominantly anxious, depressive or mixed symptoms. The sample was 219 subjects; 19.2% with symptoms of anxiety, 17.8% has depression, 23.7% mixed anxiety and depression symptoms, and the rest without symptoms. Positive and negative affect schedule (PANAS) was used to study emotion; and Anxiety and Depression Scale Goldberg (GADS) to differentiate diagnostic subgroups. The one-way ANOVA was used with the method of Tukey Honest Significant Difference. We found that AP was lower in depressive as predicted by the model, but the prediction that the AP would differentiate anxious people without symptoms was fulfilled, which highlights the need to evaluate the models developed in other cultures.

**Keywords:** anxiety, depression, positive affect and negative, Model Bifactorial, anhedonia, Positive and Negative Affect Schedule, PANAS.

**INTRODUCCIÓN**

En el Plan de Acción para la Salud Mental propuesto por la Organización Panamericana de la Salud se reconoce que los problemas relacionados con la depresión y la ansiedad son los que más contribuyen a la carga de enfermedad en Latinoamérica y el Caribe (Organización Panamericana de la Salud, 2014). Estos problemas aparecen entre los cinco primeros trastornos que generan mayor carga global de enfermedad en los estudios realizados en este continente (Gómez-Dantés, et ál., 2011), pero a pesar de su importancia epidemiológica y económica, continúan siendo difíciles de reconocer, diagnosticar y diferenciar (Latorre, et ál., 2012).

La idea vigente en los manuales de diagnóstico supone la visión de que ambos son trastornos diferentes y limitados en el tiempo; sin embargo, las críticas al sistema categorial y las deficiencias de los Manuales de Clasificación de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría –DSM–, como guía para el diagnóstico, han sido señaladas por diferentes

autores (Echeburúa, Salaberría & Cruz, 2014; Levy, 2013).

Como alternativa para la explicación y la diferenciación entre la ansiedad y la depresión se ha propuesto la polaridad entre el afecto positivo y el afecto negativo a partir del Modelo Bifactorial de Watson & Tellegen (1985). Clark & Watson (1991) más tarde ampliaron el modelo para incluir una tercera dimensión del afecto: la activación autonómica que corresponde a síntomas fisiológicos de la ansiedad como respiración entrecortada, vértigos, temblores, etc. Sin embargo, este tercer componente del modelo se ha considerado un factor de orden inferior o un estado fisiológico transitorio (Watson, Clark & Stasik, 2011).

Aunque aún no hay conclusiones definitivas en cuanto a la estructura de los afectos, sí hay consenso acerca de que existen dos grandes factores dominantes en las experiencias emocionales, frecuentemente tipificados como Afectividad Positiva (AP) y Afectividad Negativa (AN), que pueden ser conceptuados, bien como estados

afectivos más o menos transitorios, bien como disposiciones personales de la emocionalidad más o menos estables (Sandín, et ál., 1999; Agudelo, Buéla-Casal & Spielberg, 2007).

La AP es una dimensión que refleja el nivel de compromiso agradable con el entorno. Un alto nivel de AP supone entusiasmo, energía, mente despierta, mientras que un bajo nivel de AP refleja fatiga, cansancio mental y físico. El rasgo de AP supone una predisposición a experimentar emociones positivas, reflejando una sensación general de bienestar personal y social. (Ambrona & López-Pérez, 2014). Estudios recientes revelan que la AP se asocia a marcadores biológicos de procesos antiinflamatorios (Stellar, John-Henderson, Anderson, Gordon, McNeil & Keltner, 2015) y que tiene un efecto analgésico (Finan & Garland, 2015).

La AN es un factor de distrés subjetivo y engloba un amplio rango de estados de ánimo negativos, incluyendo miedo, ansiedad, hostilidad y disgusto. Pero, además, la AN indicaría una amplia predisposición a experimentar emociones negativas que tienen influencia en los procesos cognitivos, en el nivel de autoconcepto y, por supuesto, en la tendencia a la depresión y la baja satisfacción en la vida (Watson, Clark & Corey, 1988; Watson & Tellegen, 1988; Ambrona & López-Pérez, 2014).

El AP elevado también se ha asociado con la disminución del riesgo de trastornos físicos, mientras que alto AN con un mayor riesgo de estos (Weiser, 2012).

Estas dos dimensiones fueron inicialmente caracterizadas como absolutamente independientes, de manera que el polo alto de cada dimensión representaría un estado de alto afecto, mientras que el polo bajo reflejaría la ausencia relativa de implicación afectiva (Watson & Tellegen, 1985). Sin embargo, otros estudios indican

que, a menudo, estas dos dimensiones pueden estar medianamente correlacionadas o incluso no responder a una estructura factorial ortogonal (Marshall, Sherbourne, Meredith, Camp & Hays, 2003; Davis, Zautra & Smith, 2004) como lo fue planteado originalmente por Clark & Watson (XXXX). Un estudio reciente (Rush & Hofer, 2014) encontró mediante análisis factorial confirmatorio, que el modelo que mejor se ajusta desde una perspectiva longitudinal es uno donde los factores de afecto positivo y negativo se correlacionan inversamente, mientras que si se realizan comparaciones transversales, el mejor modelo es el que estipula que son dos factores independientes.

Se considera que la ansiedad “pura” se caracterizaría por una alta activación fisiológica y un alto afecto negativo; mientras que la depresión “pura” se caracterizaría por el bajo afecto positivo con alto afecto negativo. Así, ansiedad y depresión tendrían un componente común que sería la alta afectividad negativa, pero habría una peculiaridad que las distinguiría: en el caso de la depresión, el bajo afecto positivo.

Así, el Modelo Bifactorial y el instrumento asociado al mismo (el Inventario de Afecto Positivo y Negativo – PANAS) se propone como una estrategia útil para el diagnóstico diferencial de la ansiedad y la depresión, así como para comprender su comorbilidad. También puede resultar útil para comprender mejor síntomas y comportamientos como, por ejemplo, diferenciar las conductas de evitación de origen ansioso de aquellas asociadas con baja motivación. Otro aporte del modelo iría en la línea de las acciones educativas que se realizan desde los enfoques cognitivo-conductuales, pues ayuda a que la personas reconozcan las diferencias entre depresión, ansiedad y el afecto negativo generalizado, no necesariamente patológico (Finan & Garland, 2015).

Este modelo ha sido confirmado en numerosos estudios con población adulta, anciana; y también en niños y adolescentes (Agudelo, Buela-Casal & Speilberger, 2007, Catanzaro, Joiner, Potter, Osborne & Gathright, 1999; Ambrona & López- Pérez, 2014; Burgess & Nakamura, 2014).

En la actualidad existen varios instrumentos para evaluar la AP y la AN (por ejemplo la Escala de Balance Afectivo de Warr, Barter & Brownbridge, 1983, adaptada al español por Godoy, Martínez & Godoy, 2008), pero se destacan, por sus propiedades psicométricas y su amplio uso, las escalas de afecto positivo y negativo desarrolladas por Watson, Clark & Tellegen (1988) conocidas como PANAS por sus siglas en inglés (Positive and Negative Affect Schedule), las cuales fueron traducidas al español y validadas por Sandín, et ál. (1999) para España; por Robles & Fuentes (2003) para México, y por Moriondo, De Palma, Medrano & Murillo (2012) para Argentina.

En poblaciones latinoamericanas se encuentran estudios que reportan el uso de PANAS para investigar la afectividad en diferentes problemas de salud; por ejemplo Gómez-Maquet (2007) utilizó la versión mexicana para estudiar su relación con cogniciones y sintomatología depresiva en adolescentes colombianos; también Freitas (2014) usó una versión brasileña para estudiar afectividad en ancianos. Ambrona & López (2014) reportaron un estudio longitudinal para valorar la relación entre la afectividad y la salud física; sin embargo, no se encontraron estudios que intentaran comprobar la validez del modelo bifactorial para la diferenciación de la ansiedad y la depresión en nuestras poblaciones.

En Cuba solo se ha publicado un estudio sobre AP y AN en ancianos con y sin psicopatología (Torres, Martín, Pérez & Riquelme, 2013) que encontró que el modelo bifactorial no se

ajustaba totalmente para la muestra estudiada. Siguiendo esta línea, la investigación que se presenta tiene como objetivo establecer si existen diferencias en AP y AN entre personas adultas de mediana edad sin y con psicopatología. También se pretende saber si se detectan diferencias (y en qué consisten) entre las personas con sintomatología predominantemente ansiosa, sintomatología predominantemente depresiva y sintomatología mixta ansioso-depresiva,

La hipótesis es que se encontrarán diferencias significativas en la afectividad entre las personas con sintomatología predominantemente ansiosa, predominantemente depresiva, sintomatología mixta ansioso-depresiva y las personas sin trastornos psicopatológicos; y que estas diferencias serán consecuentes con el planteamiento del Modelo Bifactorial, por lo que se hacen las siguientes predicciones: 1) Se encontrarán diferencias entre las personas con y sin trastornos psicopatológicos tanto en AP como en AN. Las personas sin trastornos tendrán significativamente mayor AP y menor AN. 2) Se encontrarán diferencias en cuanto a la AP entre las personas con sintomatología depresiva, ansiosa y mixta, siendo significativamente menor en las personas depresivas.

## METODOLOGÍA

### Tipo de estudio y diseño

Se trata de un estudio de tipo descriptivo, transversal y correlacional, en el cual se comparan diferentes grupos de personas.

### Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística de 219 personas adultas de edad media (entre 30 y 49 años, media = 40,93 y desviación típica = 5,46); de las cuales 42 (19,2%) presentaban sintomatología predominantemente ansiosa,

39 (17,8%) sintomatología predominantemente depresiva, 52 (23,7%) sintomatología mixta ansiosa y depresiva, y el resto no tenían síntomas psicopatológicos (67 sujetos que representan al 30,6% de la muestra).

Los criterios de inclusión para las personas con trastornos psicopatológicos fueron: 1) que estuvieran diagnosticados por el psicólogo o psiquiatra responsable de su atención, que fueran menores de 60 años, 2) que estuvieran en capacidad de responder los cuestionarios y 3) que aceptaran participar en el estudio. Estos tres últimos criterios (edad, capacidad de responder los cuestionarios y disponibilidad para cooperar) también se tuvieron en cuenta para incluir a las personas de la muestra sin síntomas psicopatológicos, quienes fueron reclutados a través de la técnica “bola de nieve” consistente en la ampliación progresiva de la muestra a partir de los contactos proporcionados por los participantes inicialmente seleccionados por los miembros del equipo de investigación y siguiendo un criterio de accesibilidad. Se excluyeron de la investigación a las personas mayores de 60 años, a pacientes con trastornos psicóticos, adicciones y a aquellos con problemas cognitivos o con baja escolaridad que le impidieran comprender los cuestionarios.

El 60,3% de las participantes eran mujeres. Predominó la escolaridad media ya que el 46,6% tenían nivel de preuniversitario y el 13,7% secundaria, mientras que el 37,9% eran universitarios y solo el 1,8% tenía estudios primarios. El 77,2% de las personas se encontraban trabajando, 31% se dedicaban solo a las tareas propias del hogar, el 4,6% estaba en paro, el 3,2% se dedicaba a estudiar y el 0,9% realizaba otras actividades productivas no remuneradas.

## Instrumentos

**Inventario de Afecto positivo y Afecto negativo (PANAS):** para el estudio de la afectividad se utilizó el Inventario de Afecto Positivo y Afecto Negativo (Watson, Clark & Tellegen, 1988) en la versión española llevada a cabo por Sandín, et ál. (1999). Este inventario consta de 20 ítems descriptores de sentimientos y emociones. Diez de ellos describen afectividad positiva (por ejemplo, entusiasmo) y otros diez miden afectividad negativa (por ejemplo, irritable). Cada grupo de descriptores se suman de forma separada dando lugar a la puntuación en las dos escalas. A los sujetos se les pide que se evalúen en cada uno de los 20 adjetivos sobre una escala tipo Likert con un rango de 1 (*nada o casi nada*) hasta 5 (*muchísimo*) para expresar el grado en que de forma general experimentan el particular sentimiento o emoción ya sea en un momento específico (estado), ya sea generalmente (rasgo). La presente investigación se aplicó con la consigna para la afectividad como rasgo.

Watson, Clark & Tellegen (1988) señalan una fiabilidad alfa de 0,88 y 0,87 para AP y AN, respectivamente, similares a los que se encontraron en población cubana (Martín-Carbonell, Riquelme, Pérez & Torres, 2014).

**Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG):** fue desarrollada por Goldberg, Bridges, Duncan-Jones & Grayson en 1988 a partir de una versión modificada de la Psychiatric Assessment Schedule (Goldberg, Bridges, Duncan-Jones & Grayson, 1987), con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración para ser utilizada por médicos no psiquiatras como instrumento de pesquiasaje; la versión en español fue validada por Montón, Pérez Campos en 1993. Para la población cubana, Martín-Carbonell, Riquelme & Pérez (2013) investigaron la validez predictiva para identificar a las personas con trastornos psicopatológicos,

así como para diferenciar la ansiedad de la depresión.

Consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión, con nueve ítems cada una, todas ellas de respuesta dicotómica (Sí / No); se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa. Su aplicación es hetero-administrada, intercalada en el contexto de la entrevista clínica, en la que se interroga al paciente sobre si ha presentado “en las últimas dos semanas” alguno de los síntomas a los que hacen referencia los ítems; no se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad. Puede ser aplicado incluso por personal no médico, sin precisar estandarización.

Cada una de las subescalas se estructura a partir de cuatro ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de cinco ítems que se formulan solo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (dos o más en la subescala de ansiedad, uno o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son  $\geq 4$  para la escala de ansiedad, y  $\geq 2$  para la de depresión. Existe una clara mejora de la sensibilidad al aumentar la gravedad del trastorno psicopatológico, obteniendo puntuaciones más altas que pueden proporcionar una medida dimensional de la gravedad de cada trastorno por separado. La elevación de los puntos de corte a  $\geq 5$  y  $\geq 3$  mejora la especificidad y la capacidad discriminante de las escalas, con una ligera disminución de la sensibilidad (especificidad 93%, sensibilidad 74%).

Su sencillez, unida a los buenos índices de sensibilidad y especificidad, a su capacidad discriminante entre ansiedad y depresión y a su idoneidad de aportar información dimensional sobre gravedad, han hecho que esta escala haya sido ampliamente recomendada como instru-

mento de cribaje, tanto con fines asistenciales como epidemiológicos, y/o como guía de la entrevista clínica en el ámbito de la atención primaria (Buitrago, Ciurana & Chocrón, 1999).

En la presente investigación se utilizó esta escala para clasificar a los casos en los diferentes subgrupos de estudio, o sea para identificar a las personas con sintomatología predominantemente ansiosa, predominantemente depresiva y con sintomatología mixta. Para ello, se eligieron los puntos de corte en función de incrementar al máximo la especificidad aunque se perdiera en sensibilidad, tal y como recomiendan Bobes, Paz, Bascarán, Saiz & Bousoño (2002) y Martín-Carbonell, et ál., (2013).

### Procedimiento

Esta investigación forma parte de un estudio más amplio dedicado a indagar en la relación entre la afectividad y la depresión en personas de Cuba y España<sup>1</sup>, que utiliza diferentes instrumentos integrados en un único modelo de entrevista estructurada y que incluye, además, preguntas referidas a variables sociodemográficas y de salud. Las escalas fueron aplicadas conjuntamente con los otros instrumentos en el marco de una entrevista clínica, de manera individual. Las entrevistas fueron aplicadas por estudiantes de último año de las facultades de Psicología de la Universidad de La Habana y la Universidad Médica de La Habana, quienes fueron previamente entrenados.

Para el presente estudio se utilizaron los datos de una parte de la muestra cubana, que se terminaron de recolectar en diciembre del 2011.

Los casos se reclutaron en dos municipios de La Habana (Cerro y Marianao). Las personas

<sup>1</sup>Proyecto financiado por la Fundación Séneca, ayudas a la consolidación de grupos de investigación (Grupos precompetitivos) 2009, 11946/PPC/09

con diagnóstico de trastornos psicopatológicos de ansiedad y/o depresión fueron contactadas gracias a la colaboración del psiquiatra o psicólogo responsable de su atención, en diferentes instituciones de salud de estos municipios. De esta manera, 131 personas fueron entrevistadas en sus lugares de residencia (comunidad) y 88 en centros de salud.

A todos los participantes se les explicó el objetivo de la investigación y se les solicitó de manera escrita su consentimiento para utilizar la información proporcionada con fines de investigación, asegurando la privacidad y confidencialidad. Así mismo, se les aseguró la posibilidad de abandonar el estudio en el momento que lo deseara, sin necesidad de dar explicaciones y sin que esto les acarrearía algún tipo de consecuencia. Se solicitó autorización a las autoridades pertinentes para la aplicación de las pruebas en cada uno de los centros. A todas las personas que obtuvieron altas puntuaciones en la EADG que no estaban recibiendo atención especializada se les orientó apropiadamente.

En la muestra de personas con psicopatología se encontró una extrema heterogeneidad de diagnósticos, por lo que para conformar los subgrupos de estudio se tuvo en cuenta las respuestas a la EADG. Así, se consideró que presentaban ansiedad las personas que respondieron de manera afirmativa a los cuatro primeros de ansiedad y a menos de tres ítems de depresión. Se clasificaron como depresivas a quienes respondieron positivamente a más de cinco ítems de la subescala de depresión y a menos de tres en las cuatro primeras preguntas de ansiedad. Las personas que contestaron "Sí" a más de cuatro preguntas de ansiedad y a más de cinco de depresión se clasificaron en el grupo de sintomatología mixta.

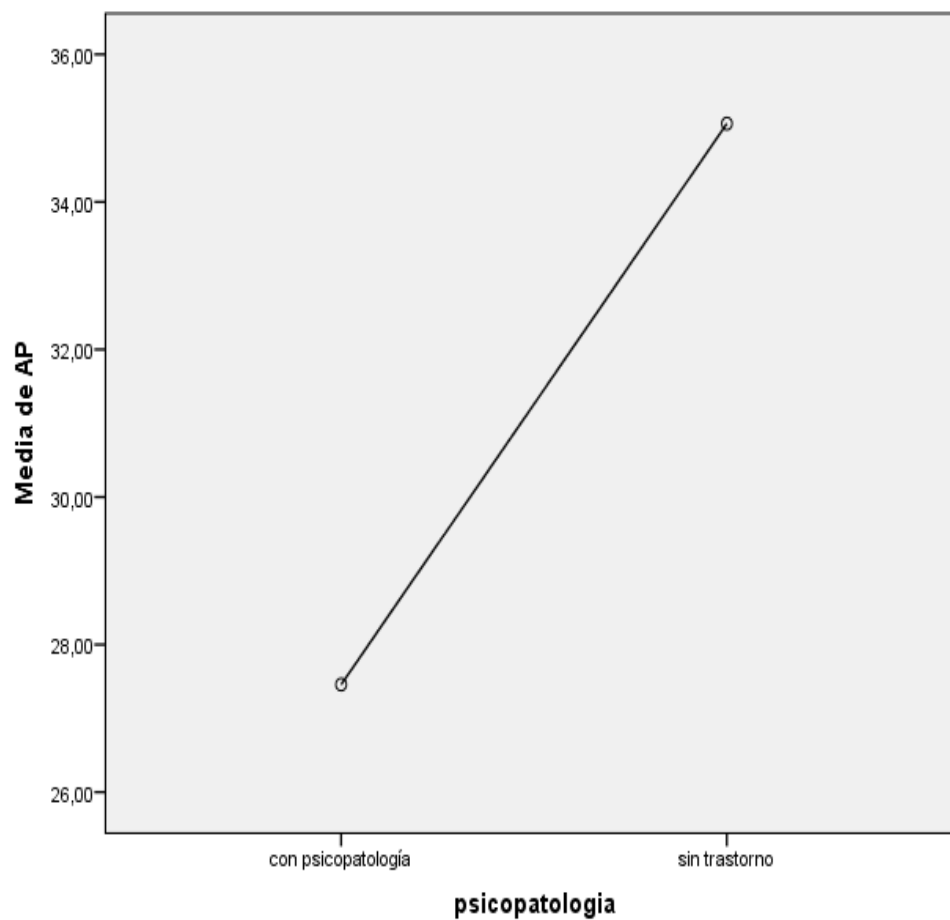
### **Análisis estadísticos**

Para el análisis estadístico se utilizó el ANOVA de un factor con el Método de la Diferencia Significativa Honesta de Tukey para identificar las diferencias entre los subgrupos diagnósticos.

### **Resultados**

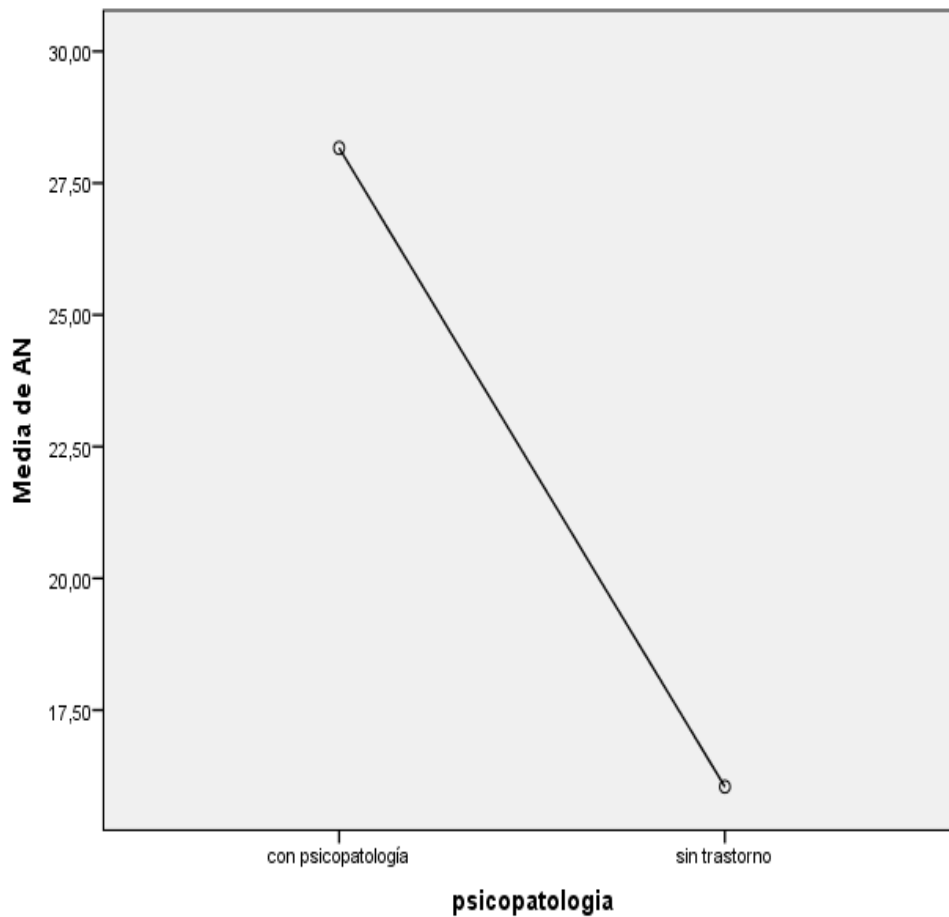
Como se visualiza en los gráficos 1 y 2, cuando se comparan a las personas sin síntomas psicopatológicos con las que sí tienen este tipo de sintomatología, se confirma la predicción de que las primeras tendrían significativamente mayores puntuaciones en AP ( $F = 34,13$ ,  $p = 0.000$ ) y significativamente menor puntuación en AN ( $F = 128,221$ ,  $p = 0.000$ ).

Pero cuando se hace la comparación diferenciando los subgrupos diagnósticos (personas con sintomatología predominantemente depresiva, predominantemente ansiosa o mixta) mediante la prueba de Tukey, se encuentra que las personas con ansiedad no se diferencian significativamente de las personas sin trastorno en el grado de AP, mientras que sí lo hacen las deprimidas y las personas que resultaron clasificadas con trastorno mixto, lo que se evidencia en la tabla 1 en la cual puede visualizarse que los casos clasificados previamente como "mixto" y como "deprimidos" forman un subgrupo que se diferencia significativamente ( $\alpha = 0,05$ ) de otro subgrupo conformado por los casos clasificados como "ansioso" y "sin trastorno". Esto refuta de manera parcial las hipótesis establecidas con respecto al AP, pues no es exclusivo de las personas deprimidas.



**Gráfico 1.** Medias de las puntuaciones en las subescalas AP en personas con y sin síntomas psicopatológicos.





**Gráfico 2.** Medias de las puntuaciones en las subescalas AN en personas con y sin síntomas psicopatológicos.

**Tabla 1.** Prueba de Tukey para AP.

	Grupo de estudio	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
			1	2
HSD de Tukeya,b	Deprimido	21	23,6190	
	Mixto	45	24,3556	
	Ansioso	41		32,8293
	Sin trastorno	65		35,0615
	Sig.			0,976
TukeyBa,b	Deprimido	21	23,6190	
	Mixto	45	24,3556	
	Ansioso	41		32,8293
	Sin trastorno	65		35,0615

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

En la tabla 2 se evidencia que la AN distingue a las personas sin trastornos de las que tienen psicopatología y que entre estas últimas también hay diferencias; resulta interesante que aparecen con mayor AN los sujetos clasificados como mixtos. También puede observarse que las personas con sintomatología predominantemente

depresiva, obtienen significativamente menos puntuaciones en la AN que los restantes casos con psicopatología. Este resultado también refuta parcialmente las predicciones con respecto a la AN derivadas del Modelo Bifactorial, pues se esperaría que no hubiera diferencias en este aspecto.

**Tabla 2.** Prueba de Tukey para AN.

	Grupo de estudio	N	Subconjunto para alfa = 0,05			
			1	2	3	4
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	Sin trastorno	66	16,0455			
	Deprimido	21		23,1905		
	Ansioso	42			27,3333	
	Mixto	45				31,2667
	Sig.			1,000	1,000	1,000
TukeyB <sup>a,b</sup>	Sin trastorno	66	16,0455			
	Deprimido	21		23,1905		
	Ansioso	42			27,3333	
	Mixto	45				31,2667

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

## DISCUSIÓN

El Modelo Bifactorial considera que la AN es común a los trastornos ansiosos y depresivos y que la anhedonia o bajo AP sería “específica” de la depresión, pero los resultados de este trabajo refutan parcialmente algunas predicciones que se derivarían de este modelo, lo que coincide con lo reportado por Torres, et ál., (2013) en el estudio con ancianos cubanos.

Una posible explicación podría atribuirse a peculiaridades en la forma de expresarse o de evaluarse la afectividad en los cubanos. Se reconoce la importancia de los factores culturales en la forma en que se manifiestan (Villaseñor, Rojas, Albarrán & González, 2006; Echeburúa, Salaberría & Cruz, 2014), se reportan (Cruz, 2014) y se diagnostican los trastornos menta-

les (Levy, 2013). Se plantea que la idiosincrasia de América Latina se ha configurado en un contexto marcado por las consecuencias de la colonización y la militarización, con una alta tasa de pobreza y otros factores socioculturales que marcan los llamados “síndromes culturales” específicos en nuestros pueblos (Rivas, Reed, First & Ayuso, 2011). En este sentido, nuestros resultados alertan sobre la necesidad de evaluar los modelos teóricos desarrollados en otras culturas para establecer equivalencias estructurales y métricas, tal y como recomiendan diversos investigadores (Perugini, 2014).

En la presente investigación se encontró que las personas con ansiedad tenían un nivel de AP similar al de las personas sin trastornos, lo cual podría deberse a que el alto AP no necesariamente es indicador de bienestar (Cuadra &

Florenzano, 2003). Los reactivos del PANAS para evaluar la AP están relacionados con el componente actitudinal y conductual de la anhedonia, más que con bienestar o felicidad. Como plantea Pizzagalli (2014) cada vez más se cuestiona si la falta de anhedonia es suficiente para considerar que alguien tenga realmente “salud mental”, o si se debería tener hedonía positiva.

También se encontró que en el grupo con sintomatología mixta había mayor AN y menor AP que en los otros subgrupos patológicos, por lo cual puede ser considerado como el de mayor malestar emocional, lo que trae a colación la pertinencia de diferenciar entre trastornos ansiosos y depresivos.

De acuerdo con el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), solo un pequeño número de síntomas relacionados con la ansiedad son capaces de distinguir entre personas ansiosas y personas depresivas. Esta limitación no ha sido superada en el DSM-V, como ya constatan algunos estudios (por ejemplo, Angst, Hengartner, Ajdacic-Gross & Rössler, 2014). Por otra parte, Fried, Nesse, Zivin, Guille & Sen (2013) cuestionan la idea de que los síntomas que se proponen para el diagnóstico de la depresión son indicadores de un trastorno único subyacente, al constatar en un estudio longitudinal que su asociación con los factores de riesgo es independiente del diagnóstico.

En este sentido, se debe mencionar la relevancia clínica y social que tiene el trastorno mixto de ansiedad depresión (Munshi, Goldberg, Bebbington, Bhugra & Brugha, 2008). La comorbilidad de los trastornos ansiosos y depresivos es muy elevada, y ha sido relacionada con variables como la cronicidad y la gravedad de los trastornos, los resultados del tratamiento y las recaídas, la búsqueda de tratamiento, el riesgo de suicidio y el funcionamiento general de los pacientes (Bair, et ál., 2013).

En el presente estudio también se halló que las personas que tienen sintomatología predominantemente depresiva obtuvieron significativamente menos puntuaciones en la AN y en la AP que los restantes casos con psicopatología, lo que coincide con lo reportado para ancianos cubanos en el artículo de Torres, et ál. (2013). Conviene señalar que en ambos estudios la clasificación de las personas en los diferentes subgrupos diagnósticos se realizó de la misma manera (mediante la EADG), por lo que una explicación posible podría ser que la EADG sea un instrumento útil para identificar dos tipos de presentación de la depresión: un tipo mixto en que se encuentra una alta sintomatología ansiosa-depresiva, y otro que se caracteriza por una baja expresividad emocional, pero esto deberá verificarse en futuras investigaciones.

Por otra parte, se debe destacar que los propios autores del Modelo Bifactorial reconocen que la experiencia emocional no puede reducirse a estas dos dimensiones generales (AP y AN). De hecho, los estudios estructurales han identificado consistentemente factores específicos de contenido que se corresponden con emociones discretas tales como la tristeza, el miedo, la ira y la alegría (Watson, Clark & Stasik, 2011). Esto ha dado lugar a la articulación de un modelo jerárquico del afecto en el que estos factores de orden superior están compuestos de varios estados emocionales correlacionados, pero que en última instancia son distinguibles (Watson, Clark & Stasik, 2011). Así, se considera que el afecto negativo se puede descomponer en emociones específicas tales como tristeza / depresión, miedo / ansiedad y enojo / hostilidad. Este modelo jerárquico se ha utilizado para estudiar la estructura factorial de la afectividad en la comorbilidad de la ansiedad y la depresión y los resultados coinciden en sentido general con los del presente estudio (Carvalho, et ál., 2014). En futuras investigaciones deberá

explorarse el papel de los afectos específicos en la diferenciación de la ansiedad y la depresión en adultos cubanos.

Otro aspecto a tener en cuenta, es que la mayoría de los estudios sobre el Modelo Bifactorial se han basado en estrategias de análisis factorial de las escalas PANAS, mientras que en esta investigación se prefirió estudiar las diferencias en los promedios entre los grupos diagnósticos. Probablemente existan muchas maneras de explorar estas hipótesis, pero sería interesante investigar la estructura factorial del PANAS en población cubana, ya que los estudios mencionados se han realizado con poblaciones europeas y norteamericanas.

## REFERENCIAS

- Agudelo, D., Buena-Casal, G., & Spielberger, Ch. D. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental, 30*(2), 33-41.
- Ambrona, T., & López-Pérez, B. (2014). A Longitudinal Analysis of the Relationship between Positive and Negative Affect and Health. *Psychology, 5*, 859-863. doi: 10.4236/psych.2014.58097.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Cuarta edición. Barcelona: Masson.
- Angst, J., Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, G. (2014). ¿El criterio de duración de dos semanas es el óptimo para la depresión mayor? *Actas Esp Psiquiatr, (X)*, 18-27.
- Bair, M. J., Polshuck, E. L., Wu, J., Krebs, E.K., Damush, T., Tu, W., & Kroenke K. (2013) Anxiety but Not Social Stressors Predict 12-Month Depression and Pain Severity. *Clin J Pain, 95*-101, doi: 10.1097/AJP.0b013e3182652ee9.
- Bobes, J., Paz, M., Bascarán, M. T., Sáiz, P., & Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica clínica*. Barcelona: Ars Médica.
- Buitrago, F., Ciurana, R., & Chocrón, L. (1999). Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria, 24* (Supl. 1), 184-190.
- Burgess, A. M., & Nakamura, B. J. (2014) An Evaluation of the Two-Factor Model of Emotion: Clinical Moderators Within a Large, Multi-Ethnic Sample of Youth. *J Psychopathol Behav Assess, (36)*, 124-135.
- Carvalho, H. W., De Andreoli, S. B., Lara, D. R., Christopher, J., Quintana, M. I., Bressan, R. A., Mello, M. F., Mari, J., & Jorge, M. R. (2014). The joint structure of major depression, anxiety disorders, and trait negative affect. *Revista Brasileira de Psiquiatria, [Epub]* April 15, 2014. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462014005031329&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462014005031329&lng=en&tlng=en). 10.1590/1516-4446-2013-1329.
- Catanzaro, S., Joiner, T., Rudolph, K., Potter, K., Lambert, S., Osborne L., & Gathright, T. (1999) A measure of positive and negative affect for children: Scale development and preliminary validation. *Psychological Assessment, (11)*, 326-328.
- Clark, L., & Watson, D. (1991) Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, (100)*, 316-36.
- Cuadra, M., & Florenzano, R. (2003). El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile, (X)*, 83-96.
- Cruz, A. (2014). Cambios más importantes del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Trayectoria del DSM IV TR al DSM V. *Conexio, 3*(1), 2-4. Recuperado de <http://www.cptopr.org/Documents/conexio-enero-2014.pdf#page=4>
- Echeburúa, E., Salaberria, K., & Cruz, M. (2014). Contributions and limitations of DSM-5 from Clinical Psychology. *Terapia psicológica, 32*(1), 65-74.
- Davis, M. C., Zautra, A. J., & Smith, B. W. (2004). Chronic Pain, Stress, and the Dynamics of

- Affective Differentiation. *Journal of Personality*, (72), 1136-1160.
- Finan, P. H., & Garlan, P. L. (2015). The Role of Positive Affect in Pain and Its Treatment. *Clinical Journal of Pain*, (X) 177-187. doi: 10.1097/AJP.0000000000000092
- Freitas, M. (2014). *Efeito da idade e do género sobre os afetos em idosos: mediação da capacidade motora percebida ou da competência funcional percebida?* Tesis de grado inédita, Universidade de Évora.
- Fried, E., Nesse, R. M., Zivin, K., Guille, C., & Sen, S. (2013). Depression is More than the Sum Score of its Parts: Individual DSM. *Psychological Medicine*. doi: 10.1017/S0033291713002900.
- Godoy-Izquierdo, D., Martínez, A., & Godoy, J. F. (2008) La «Escala de Balance Afectivo»: Propiedades psicométricas de un instrumento para la medida del afecto positivo y negativo en población española. *Clínica y Salud* [online], 19(2), 157-189. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742008000200002&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000200002&lng=es&nrm=iso).
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., & Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ*, (X), 297-299.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., & Grayson, D. (1987). Dimensions of Neuroses Seen in Primary Care Settings. *Psychol Med*, (17), 461-70.
- Gómez-Dantés, H., Castro, M. V., Franco-Marina, F., Bedregal, P., Rodríguez-García, J., Espinoza, A., Valdez-Huarcaya, W., Lozano, R., et ál. (2011) La carga de la enfermedad en países de América Latina. *Salud Pública Mex*, 53, supl. 2:S72-S77.
- Gómez-Maquet, Y. (2007) Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, (X), 435-447.
- Latorre, J. M., Navarro, B., Parra, M., Salguero, J. M., Mae, C., & Cano, A. (2012). Evaluación e intervención de los problemas de ansiedad y depresión en atención primaria: un problema sin resolver. *Rev Clin Med Fam*, 5(1), 37-45. doi:<http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100007>
- Levy, E. (2013) DSM-5 versus NIMH: ciencias, cultura y política en salud mental. *Estrategias - Psicoanálisis y Salud Mental*, (1), 56-58. Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/30577>.
- Marshall, G., Sherbourne, C., Meredith, L., Camp, P., & Hays, R. (2003). The tripartite model of anxiety and depression: symptom structure in depressive and hypertensive patient groups. *Journal of Personality Assessment*, (80), 139-153. DOI: 10.1016/j.brat.2006.07.004
- Martín-Carbonell, M., Riquelme, A., & Pérez, R. (2013) Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. Manuscrito presentado para su publicación.
- Martín-Carbonell, M., Riquelme, A., Pérez, R., & Torres, L. (2014) Validación del Inventario de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS) en población cubana. Manuscrito en elaboración.
- Montón, C., Pérez-Echevarría, M. J., & Campos, R. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria*, (12), 345-349.
- Moriondo, M., De Palma, P., Medrano, L., & Murillo, P. (2012). Adaptación de la Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS) a la población de adultos de la ciudad de Córdoba: análisis psicométricos preliminares. *Univ. Psychol*, (X), 187-196.
- Munshi, J. D., Goldberg, D., Bebbington, P. E., Bhugra, D. K., & Brugha, T. S. (2008). Public Health Significance of Mixed Anxiety and Depression: Beyond Current Classification. *BJP*, (192), 171-177. doi: 10.1192/bjp.bp.107.036707.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Plan de acción sobre salud mental*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. Perugini, M. (2014). Positive Psychological Assessment

- in Latin America. En Castro, A. (Ed.), *Positive Psychology in Latin America* (pp. 37-60). Netherlands: Springer.
- Pizzagalli, D. A. (2014). Depression, Stress, and Anhedonia: Toward a Synthesis and Integrated Model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 393-423. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185606.
- Rivas, M., Reed, G. M., First, M. B., & Ayuso-Mateos, J. L. (2011). Aportaciones de dos clasificaciones psiquiátricas latinoamericanas para el desarrollo de la CIE-11. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29(2), 130-137.
- Robles, R., & Fuentes, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud Mental*, (X), 69-75.
- Rush, J., & Hofer, S. M. (2014). Differences in Within- and Between-person Factor Structure of Positive and Negative Affect: Analysis of Two Intensive Measurement Studies Using Multilevel Structural Equation Modeling. *Psychological Assessment*, 26(2), 462-473. doi:10.1037/a0035666.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M. A., & Valiente, R. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Stellar, J. E., John-Henderson, N., Anderson, C. L., Gordon, A. M., McNeil, G. D., & Keltner, D. (2015). Positive Affect and Markers of Inflammation: Discrete Positive Emotions Predict Lower Levels of Inflammatory Cytokines. *Emotion*, (X), 129-133.
- Torres, L., Martín, M., Pérez, R., & Riquelme, A. (2013). Afectividad positiva y negativa en ancianos con y sin sintomatología depresiva, ansiosa o mixta. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de La Habana*, 10(2). Recuperado de <http://www.revistahph.sld.cu/hph2-2013/hph%2001213.html>.
- Villasenor, F., Rojas, M., Albarrán, L., & González, A. G. (2006). Un enfoque transcultural de la depresión. *Rev. Neuro-Psiquiat*, (69), 1-4.
- Warr, P., Barter, J., & Brownbridge, G. (1983). On the Independence of Positive and Negative Affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, (44), 644-651.
- Watson, D., Clark, L., & Carey, G. (1988). Positive and Negative Affectivity and their Relations to Anxiety and Depressive Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, (97), 346-53.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a Consensual Structure of Mood. *Psychological Bulletin*, (98), 219-35. DOI: 10.1037/0033-2909.98.2.219
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, (54), 1063-1070.
- Watson, D., Clark, A. L., & Stasik, S. M. (2011). Emotions and the Emotional Disorders: A quantitative Hierarchical Perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, (11), 429-442.
- Weiser, E. (2012). Associations Between Positive and Negative Affect and 12-Month Physical Disorders in a National Sample. *J Clin Psychol Med Settings* (19), 197-210. doi 10.1007/s10880-011-9277-9.