

Los trastornos emocionales desde el modelo transdiagnóstico: un estudio de caso

Emotional disorders from the transdiagnostic model: a case study

Celia Antuña-Cambor
Francisco Javier Rodríguez Díaz
Universidad de Oviedo

RESUMEN

Se presenta el caso de un adulto de 27 años con sintomatología ansiosa-depresiva.

Objetivos: Reducir la sintomatología ansiosa-depresiva actuando sobre las preocupaciones y los síntomas cognitivos, la activación psicofisiológica y las conductas de evitación.

Método: Se ha utilizado la entrevista clínica junto con distintas pruebas estandarizadas para medir constructos transdiagnósticos que pudieran ser relevantes de cara a la intervención. Tras la evaluación, se diseñó un tratamiento cognitivo conductual iniciando la intervención por los síntomas puente o comunes.

Resultados: Hubo una mejora de la sintomatología tanto autoinformada, como reflejada por una disminución de las puntuaciones, medida en formato test-retest, que se mantuvo 6 meses más tarde.

Conclusiones: Aunque con las limitaciones propias de los estudios de caso, este trabajo pone de manifiesto la eficacia y eficiencia de los tratamientos transdiagnósticos en los trastornos emocionales.

PALABRAS CLAVE

Transdiagnóstico; trastornos emocionales; estudio de caso único; tratamiento psicológico.

ABSTRACT

This article presents the case of a 27-year-old adult with anxiety-depressive symptoms.

Objectives: To reduce cognitive worries and symptoms, psychophysiological activation, and avoidance behaviors; reducing, therefore, the anxiety-depressive symptoms.

Method: The clinical interview has been used with different standardized tests to measure transdiagnostic constructs that may be relevant for the intervention. After the evaluation, a cognitive behavioral treatment was designed starting the intervention for the bridging or common symptoms.

Results: There was an improvement in both self-reported symptoms and reflected by a decrease in scores, measured in test-retest format, which was maintained 6 months later.

Conclusions: Although with the limitations of the case studies, this work shows the efficacy and efficiency of transdiagnostic treatments in emotional disorders.

KEYWORDS

Transdiagnostic; emotional disorders; single-case study; psychological treatment.

Dentro de los trastornos emocionales (ansiedad y depresión) destaca una alta comorbilidad o solapamiento de síntomas de ese grupo de desórdenes (APA, 2014; Clark & Watson, 1991). Un problema asociado a la comorbilidad es establecer con precisión cuál antecede o predispone al otro, o si se trata de una confusión entre ambos trastornos, dada la presencia de síntomas comunes (Agudelo et al., 2007). En esta línea, algunos autores (Alloy et al., 1990) sugieren que no se trata tanto de un problema de coexistencia, sino que es la ansiedad la precursora de la depresión. El problema del solapamiento de distintos trastornos ha llevado incluso a que se cuestione la validez de los sistemas clasificatorios por su dificultad de diferenciación empírica debido al proceso de homogeneización y de operativización del diagnóstico (Ruíz-Doblado, 2010). Además de esta superposición, los trastornos de estado de ánimo presentan una baja consistencia longitudinal; es decir, que suele cambiar el diagnóstico durante el seguimiento (Ruíz-Doblado, 2010). Este hecho, apoyaría una vez más una concepción transdiagnóstica.

La terapia cognitiva-conductual (TCC) ha experimentado un gran desarrollo en las últimas décadas en lo que respecta a los trastornos emocionales, llegando a crear protocolos manualizados basados en la evidencia con excelentes resultados (Nathan & Gorman, 2015). A pesar de ello, existe la limitación de dirigirse a un trastorno específico sin abordar la comorbilidad o, como mucho, realizar un tratamiento secuencial en vez de uno integrado.

El tratamiento transdiagnóstico está dirigido a aquellos pacientes en los que se detecte

solapamiento entre trastornos y se ha caracterizado por (Sandín et al., 2012):

- 1) focalizarse en procesos cognitivos, conductuales y fisiológicos compartidos;
- 2) adoptar un enfoque científico convergente e integrativo y;
- 3) no focalizarse en un trastorno específico, sino abordar de forma integrativa varios.

Por lo tanto, este enfoque se centra en los síntomas puente o comunes abordando los procesos etiopatogénicos compartidos por las patologías, por lo que los protocolos transdiagnósticos deben establecerse según la implicación etiológica de los procesos comunes intertrastornos (Sandín et al., 2019). Esto cobra especial relevancia dentro de las patologías emocionales (ansiedad y depresión) debido a la existencia de un elevado solapamiento de síntomas de ese grupo de patologías (Brown & Barlow, 2014). El enfoque transdiagnóstico supone todo un avance en cuanto a la concepción de los trastornos no solo como entidades concretas, sino que también los tiene en cuenta dentro de una dimensión (Belloch, 2012). Esta concepción entiende “los trastornos mentales sobre la base de un rango de procesos cognitivos y conductuales etiopatogénicos causales y/o mantenedores de la mayor parte de los trastornos mentales o de grupos consistentes de trastornos mentales” (Sandín et al., 2012, p. 187). El modelo transdiagnóstico supone un punto intermedio entre los modelos categoriales y los dimensionales. Esta concepción no rechaza la existencia de patologías concretas ni las supone en un continuo, lo que hace es aportar una base empírica yendo a la raíz del problema para poder integrar las dimensiones

comunes a ciertas entidades psicopatológicas (Sandín et al., 2012). En el caso de los síndromes emocionales (ansiedad y depresión) se ha sugerido que comparten muchos de los procesos etiopatogénicos, por lo que el enfoque transdiagnóstico permitiría una perspectiva más realista al aproximarse a la realidad clínica de la psicopatología que supone cierta comorbilidad entre depresión y ansiedad.

Respecto a la aplicación en Atención Primaria, un estudio controlado aleatorio (ECA) (Cano-Vindel et al., 2021) ha demostrado que añadir una breve intervención psicológica transdiagnóstica puede mejorar significativamente los trastornos emocionales tratados en atención primaria. Por ello, se han desarrollado durante los últimos años diversos tratamientos transdiagnósticos para este tipo de sintomatología en población adulta (ver Tabla 1).

El principal objetivo del presente trabajo es describir un caso de tratamiento de un trastorno ansioso-depresivo mediante un enfoque transdiagnóstico comenzando por los sínto-

mas puente; es decir, aquellos comunes a ambas patologías como la culpa, la inutilidad y la preocupación.

Descripción del caso

Identificación del paciente

M.A. es un varón de 27 años que acude a consulta, derivado por su psiquiatra, por presentar un cuadro ansioso-depresivo que repercute negativamente en su funcionamiento diario. En el momento que acude a consulta presenta ataques de pánico con una frecuencia semanal, sentimientos de culpa e inutilidad que lo llevan a ideación suicida, llegando a verbalizar “mi familia estaría mejor si me muriera”.

M.A. tiene estudios universitarios y vive con sus padres. A pesar de ello, mantiene una relación complicada con su padre quien siempre lo ha menospreciado. Su padre presenta en el momento del tratamiento una enfermedad que lo lleva a encontrarse postrado en la cama siendo M.A. y su madre sus principales cuidadores. Es la primera vez que acude a consulta

Tabla 1

Principales protocolos transdiagnósticos de trastornos emocionales

Protocolo	Módulos
Protocolo unificado de tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (Barlow et al., 2018)	Se compone de ocho módulos: establecimiento de objetivos y mantenimiento de la motivación, comprensión de las emociones, conciencia emocional plena, flexibilidad cognitiva, oposición a conductas emocionales, comprensión y afrontamiento de las sensaciones físicas, exposiciones emocionales y reconocimiento de logros y visión futura.
Regulación emocional (González Robles et al., 2015)	Está formado por 12 módulos secuenciales: trastornos emocionales y regulación emocional, motivación para el cambio, comprensión del papel de las emociones, aceptación de las experiencias emocionales, práctica de la aceptación, aprendizaje de la flexibilidad, práctica de la flexibilidad cognitiva, la evitación de las emociones, conductas impulsadas por emociones (CIE), aceptación y afrontamiento de las emociones físicas, afrontamiento de las emociones en los contextos en los que ocurren y prevención de recaídas
Terapia transdiagnóstica cognitivo-conductual (Cano-Vindel et al., 2016)	Se compone de psicoeducación, técnicas de relajación, técnicas de reestructuración cognitiva, terapia de conducta y prevención de recaídas

psicológica y no refiere antecedentes familiares de salud mental.

Evaluación del caso

El paciente fue derivado por el psiquiatra de referencia para la valoración psicológica y su tratamiento. En la exploración se encuentra consciente y orientado presentando a lo largo de la misma una buena conciencia y mostrándose atento y colaborador en todo momento. Durante la exploración se observa un estado de ánimo bajo y cierta inquietud motora. El paciente refiere rumiaciones constantes, así como ideación suicida. Se administran los cuestionarios descritos a continuación con el objetivo de recoger información, confirmar el diagnóstico y delimitar la sintomatología antes de proceder al tratamiento psicológico.

Instrumentos

Entrevista. Se empleó un cuestionario biográfico a modo de entrevista estructurada con el fin de recoger algunos datos significativos. Así, se recogieron de forma detallada: datos sociodemográficos, factores ambientales, historia médica, historia escolar y antecedentes familiares de salud mental. Posteriormente, se recurrió a una entrevista con menor grado de estructuración para evaluar la sintomatología ansiosa-depresiva.

Sensibilidad a la ansiedad. Se usó la adaptación española (Sandín et al., 2007) del *Anxiety Sensitivity Index-3* (ASI-3; Peterson & Reiss, 1992) que evalúa la sensibilidad a la ansiedad en sus tres componentes principales: síntomas somáticos, ansiedad cognitiva y ansiedad social. La fiabilidad del ASI-3 según sus autores españoles es de $\alpha = 0,91$.

Afecto positivo y negativo. Se utilizó la versión adaptada al castellano (Sandín et al., 1999) de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Watson et al., 1988). Esta escala está formada por 20 ítems (10 para medir afecto negativo y otros 10 para evaluar el afecto positivo). Ha sido validada en España (Sandín et al., 1999) aportando datos correctos de fiabilidad ($\alpha = 0,89$).

Regulación emocional. Se ha aplicado la adaptación al castellano (Cabello et al., 2013) del Cuestionario de Regulación Emocional (Gross & John, 2003). Se trata de una escala de 10 elementos en formato Likert de siete puntos, donde seis de los ítems hacen referencia a la reevaluación cognitiva mientras que los cuatro restantes aluden a la estrategia de supresión emocional. En España ha sido validada por Cabello et al., (2013) replicando la estructura bifactorial y con unos niveles de fiabilidad y validez adecuados tanto en la subescala de reevaluación cognitiva ($\alpha = 0,79$) como en la de supresión emocional ($\alpha = 0,75$).

Intensidad de la sintomatología depresiva. Se ha administrado la adaptación española (Sanz et al., 2005) del Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II, Beck et al., 1996). Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-

cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos.

Distorsiones cognitivas. Se ha usado el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA, Ruíz y Luján, 1991), que evalúa 15 distorsiones cognitivas, a través de 45 ítems. La fiabilidad de este cuestionario según sus autores es de $\alpha = 0,83$.

Procedimiento

La evaluación se llevó a cabo en dos partes. La primera tuvo lugar en consulta en la que se le aplicó la entrevista clínica y un cuestionario autobiográfico que facilitaría un mejor conocimiento de M.A. Durante esa sesión se realizó una entrevista clínica semiestructurada que permitía conocer el motivo de consulta y su situación actual, al tiempo que se estableció una buena alianza terapéutica. La segunda parte de la evaluación tuvo lugar mediante los

instrumentos estandarizados heteroaplicados descritos en el apartado anterior.

Procedimiento terapéutico

La evaluación mostró la existencia de 2 áreas problema: 1) sintomatología ansiosa; 2) sintomatología depresiva. Si bien el área que más interferencias causaba en su vida eran los síntomas depresivos, manifestaba también ataques de pánico siendo su diagnóstico trastorno depresivo persistente con especificador de ataques de pánico (APA, 2014). Como algunos de los síntomas eran debidos a sintomatología común (ver Figura 1), la intervención decidió llevarse a cabo mediante un modelo integrador y transdiagnóstico en vez de usar un modelo categorial donde dichos problemas serían catalogados como entidades diagnósticas separadas. Durante la aplicación del tratamiento ocurrió un acontecimiento imprevisto,

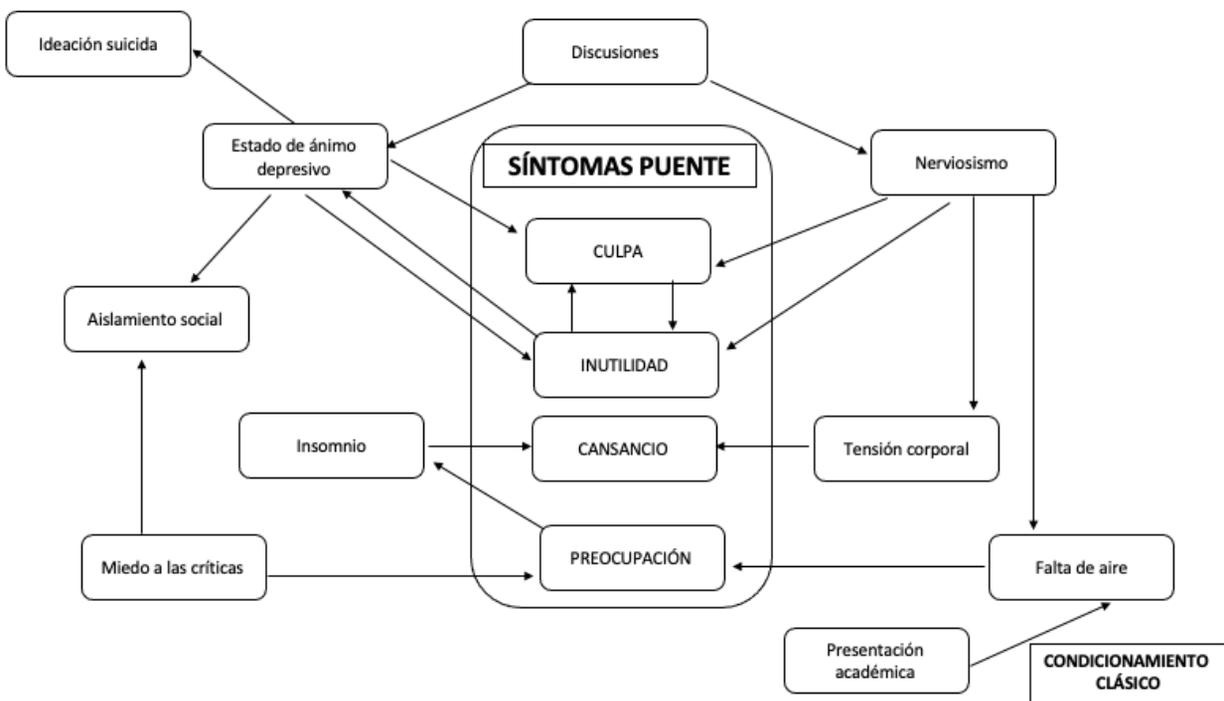


Figura 1. Sintomatología principal del paciente.

el fallecimiento de su padre. Por ello, surgió la necesidad de trabajar con el duelo en dos de las sesiones.

El tratamiento se llevó a cabo en 11 sesiones semanales de una hora de duración y otras tres de revisión (al mes, 3 meses y 6 meses). El guion de las sesiones de tratamiento se detalla a continuación.

Sesión 1: Comprensión del caso: psicoeducación. Antes de iniciar el tratamiento, se produjo una devolución de la información. Durante la misma, se explicó el análisis funcional y cómo los mecanismos de evitación han contribuido al mantenimiento del problema. Como está relacionado con este mecanismo y para una mejor comprensión del mismo, se realizó una psicoeducación gráfica de la curva de la ansiedad y se explicó el modo en que las conductas evitativas (beber alcohol, evitar problemas, distracción) contribuyen tanto al mantenimiento del problema como a la cronificación de este. Se expuso también el uso de técnicas de desactivación fisiológica (respiración diafragmática, relajación muscular progresiva...) para disminuir los niveles de ansiedad sin cronificar el problema. Además, en esta sesión, el paciente firmó un contrato de prevención del suicidio ya que, en la mayoría de los casos, los pacientes respetan las promesas que hacen a su profesional (OMS, 2000). Como tarea para casa se le entregó un autorregistro del pensamiento de cara a enseñar al paciente a confrontar pensamientos en la próxima sesión.

Sesión 2: Trabajar con los pensamientos. El siguiente paso fue abordar tres de los síntomas puente comunes a ambos trastornos (culpa,

inutilidad y preocupación). La decisión para trabajar en ellos antes de la activación conductual se basó en que es sintomatología común y en que la ideación suicida que presenta el paciente se debe sobre todo a sentimientos de culpa e inutilidad. Para ello se usó una reestructuración cognitiva. El objetivo era sustituir la forma de pensamiento desadaptativa por otra alternativa. Durante la sesión se explicó la interrelación pensamiento-emoción-conducta haciendo énfasis en la asociación entre pensamiento negativo y emoción negativa. Para ello, se presentaron los resultados del inventario de pensamientos automáticos (Ruiz & Luján, 1991) y se describieron las distorsiones cognitivas encontradas; así como las formas de pensamiento alternativas. Además, se explicó cómo confrontar los pensamientos y se le animó a llevar a cabo esta técnica utilizando los pensamientos que había escrito en el autorregistro.

Sesión 3: Activación Conductual. En este día se realizó un procedimiento de activación conductual. El objetivo fue que el paciente tomase conciencia de la importancia de su propia implicación en el tratamiento; ya que, si realiza actividades agradables, su estado de ánimo mejorará. Se le explicó la relevancia que cobraba su propia actividad a lo largo de la intervención psicológica. Se planificaron actividades agradables con el paciente. Como tarea para casa, se le entregó un autorregistro para que indicase la actividad agradable a realizar, el estado de ánimo antes de hacerla y el estado de ánimo después. Este autorregistro también le sirvió al paciente para darse cuenta de que

gran parte del tratamiento dependía de su iniciativa.

Sesión 4: Aceptación de sensaciones. Se usó la técnica de aceptación de sensaciones para exponerse a las de falta de aire, palpitaciones, tensión corporal y nerviosismo que le provocaban los ataques de pánico. El objetivo de esta intervención era realizar exposiciones interoceptivas que redujeran el miedo a esa sintomatología. Se expuso en imaginación a la peor sensación, se realizó un chequeo corporal (*body-scan*) y se trabajó desde la aceptación. Se construyeron jerarquías de exposición para ayudarlo a enfrentar las situaciones que evitaba y que, por lo tanto, mantenían el problema. También se revisó la activación conductual y la confrontación de pensamientos.

Sesión 5: Entrenamiento autógeno. El entrenamiento autógeno es una forma de relajación fisiológica y cognitiva que se basa en la inducción de sensaciones de calor y pesadez, la regulación cardíaca, de la respiración y de los músculos de la región cefálica. El objetivo de este ejercicio fue instaurar un estado de relajación tanto cognitiva como fisiológica en el paciente eliminando la tensión corporal y las preocupaciones de M.A.

Sesión 6: Asertividad y habilidades sociales. Se le entregó un documento donde aparecían los derechos asertivos, así como las técnicas de habilidades sociales ante situaciones que le resultaban difíciles (oposición asertiva, responder a críticas, saber decir que no y realizar peticiones). Durante las sesiones trabajó en formato de roles (*role-playing*) y, como tarea para casa, se le pidió un autorregistro detallan-

do ante qué situaciones podría usar la técnica, si la utilizó y su nivel de satisfacción.

Sesiones 7 y 8: Trabajando con el duelo. La sesión 7 se destinó a trabajar el duelo. Para ello, se explicaron las fases del duelo; a saber: negación, ira, negociación, depresión y aceptación (Kübler-Ross, 1969). Aunque estas fases son orientativas y no siempre se cumplen, o no lo hacen en el mismo orden, se decidió trabajar con ellas por si el paciente pasara por alguna. Esta psicoeducación le dotaría de cierto control y le resultaría útil para normalizar y, quizás anticipar, las etapas del proceso y aceptar la realidad de la pérdida (Worden et al., 2013). La siguiente tarea que se le encomendó para casa fue la redacción de una carta de despedida hacia su padre que le permitiera trabajar con todas las emociones, expresarse y recolocar emocionalmente a la persona fallecida (Worden et al., 2013). Durante la sesión 8, el paciente hizo entrega de la carta de despedida y la leyó en terapia. Se explicó que, para cerrar esta página de la mejor forma posible, sería bueno que realizase un ritual donde pudiera leer la carta y ponerle fin a este proceso de modo que le facilitase el duelo normativo.

Sesión 9: Solución de problemas. El objetivo de esta semana fue dotar al paciente de una técnica que le posibilitaría obtener la mejor solución a la hora de enfrentarse a los problemas de modo que, en vez de evitarlos, los confrontara. Para ello, se empleó la técnica de solución de problemas de D'Zurilla & Goldfried (1971). Esta técnica se divide en cinco fases: orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de

decisiones, implementación de la solución y verificación.

Sesión 10: Autoestima. Aunque el trabajo con la autoestima se inició en la sesión 7 con la asertividad, se potenció en esta. Para ello, se realizó un ejercicio donde el paciente definió sus virtudes; las creencias que había aprendido cuando era pequeño por los mensajes que recibía de distintas fuentes (madre, padre, hermanos, profesores, amigos y otras personas) así como el nivel de certeza, cómo influían en su vida y si le resultaban positivas. Las negativas fueron sometidas a una reestructuración cognitiva.

Sesión 11: Prevención de recaídas. Los objetivos de la última sesión consistieron en repasar y reforzar las estrategias cognitivo-conductuales aprendidas a lo largo de la intervención y minimizar la posibilidad de recaídas. Para ello, se diferenció entre caída y recaída, así como entre fracaso y reto; se reforzó que siguiera usando las técnicas que le habían resultado útiles y se identificaron las situaciones de riesgo. Se finalizó la sesión con un repaso general de lo aprendido y con una generalización a problemas similares que pudieran surgir en el futuro destacando el papel de las habilidades de afrontamiento adquiridas. Además, en esta sesión tuvo lugar el re-test de cara a comparar las puntuaciones obtenidas durante la evaluación con las del final del tratamiento.

Resultados

En la tabla 2 se muestran las puntuaciones antes y después del tratamiento.

En todas las escalas hay una disminución de las puntuaciones, así como una mejoría in-

formada por el propio M.A. Tras el tratamiento psicológico las puntuaciones dejan de ser clínicamente significativas. Además, cuando 6 meses después de finalizar la intervención se revisa su evolución, su mejoría autoinformada se mantiene dejando de cumplir los criterios para el trastorno depresivo persistente y no habiéndole ocurrido ningún ataque de pánico más.

Discusión

Se presenta el tratamiento transdiagnóstico de un adulto varón de 27 años con rasgos ansioso-depresivos cuyo diagnóstico se adaptaba al trastorno depresivo persistente con especificador ataque de pánico. Este estudio de caso ha puesto de manifiesto, una vez más, la eficiencia y eficacia de este tipo de modelos en la intervención psicológica de trastornos emocionales. Se ha empezado a trabajar mediante la psicoeducación para la comprensión de la terapia y para proporcionarle tranquilidad. El trabajo con los pensamientos mediante una reestructuración cognitiva ha permitido mejorar las anticipaciones, los pensamientos automáticos negativos y algunos pensamientos negativos que tenía sobre sí mismo y que repercutían directamente en su falta de autoestima; por lo tanto, sería una técnica común para tratar distintos síntomas puente.

A partir de la quinta semana, el paciente informó encontrarse mejor. Sin embargo, se consideró necesario seguir trabajando para consolidar estas habilidades y para iniciar la intervención en otras áreas como las habilidades sociales. Aunque en ese momento la mejoría fue autoinformada, en la sesión 11, es decir, en

Tabla 2

Puntuaciones antes del tratamiento y después del tratamiento en los cuestionarios

Prueba	Puntuación antes	Puntuación después	Rango
ASI-3	21 (Pc 80)	6 (Pc 35)	0-72
Somática	9 (Pc 90)	2 (Pc 40)	0-24
Cognitiva	7 (PC 85)	2 (Pc 60)	0-24
Social	5 (Pc 50)	2 (Pc 25)	0-24
PANAS	52	44	20-100
Afecto positivo	19	30	10-50
Afecto negativo	33	14	10-50
ERQ	50	40	10-70
Reevaluación cognitiva	27	30	6-42
Supresión emocional	23	10	4-28
BDI	32 (Pc 95)	5 (Pc 30)	0-63
IPA	75	25	0-135
Filtraje	5	1	0-9
Pensamiento polarizado	5	1	0-9
Sobregeneralización	5	2	0-9
Interpretación pensamiento	6	2	0-9
Visión catastrófica	6	3	0-9
Personalización	6	0	0-9
Falacia de control	4	0	0-9
Falacia de justicia	7	1	0-9
Razonamiento emocional	6	2	0-9
Falacia de Cambio	3	2	0-9
Etiquetas Globales	5	2	0-9
Culpabilidad	5	3	0-9
Deberías	5	3	0-9
Tener razón	5	1	0-9
Falacia de recompensa divina	2	2	0-9

ASI: Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3; BDI-II: Inventario de depresión de Beck-II; ERQ: Escala de Regulación Emocional; IPA: Inventario de Pensamientos Automáticos; PANAS: Escala de Afecto Positivo y Negativo

la última, se realizó una medición de tipo retest con los mismos instrumentos que se utilizaron durante la fase de evaluación. El resultado de esta segunda evaluación postratamiento fue una reducción de las puntuaciones en todos los subtests. Además, la intervención ha sido efectiva. Tras ella, se han eliminado los ataques de pánico e ideas suicidas, así como ha mejorado el estado de ánimo. Igualmente las estrategias de afrontamiento se han generalizado a otras situaciones. Por lo tanto, la intervención

ha resultado eficiente habiéndose producido todos estos cambios en 3 meses y manteniéndose incluso 6 meses más tarde según su mejoría autoinformada.

A pesar de ello, el estudio no está exento de limitaciones. Al tratarse de un estudio de caso único, la generalización de resultados es limitada. No se pudo trabajar directamente con otras variables extrañas que pudieran incidir en el tratamiento ni se ha realizado un seguimiento más allá de 6 meses tras concluir

la intervención psicológica para lograr medir si los beneficios adquiridos se mantienen. Cabe por tanto señalar la imposibilidad de establecer una relación causal entre el tratamiento y la remisión de síntomas.

Los resultados de este trabajo apoyan la eficacia del uso de terapias transdiagnósticas, así como su eficiencia. Se considera que la utilización de este tipo de intervenciones ha de ser aplicada cada vez más en la sanidad pública española, tal y como se está haciendo con el estudio PsicAP (González-Blanch et al., 2018) siendo una alternativa más eficiente, consiguiendo reducir los tiempos y las listas de espera del Sistema de Salud Mental.

Se considera oportuno seguir investigando en el futuro sobre la eficacia, efectividad y eficiencia de este tipo de terapias, incluso comparándolas con análogas clásicas que han resultado eficaces para la sintomatología. También sería oportuno generalizar este tipo de tratamientos a otras patologías que constituyan una dimensión diagnóstica o que compartan procesos etiopatogénicos.

Referencias

- Agudelo, D., Buena-Casal, G., & Spielberger, C. D. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental, 30*(2), 33–41. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1156
- Alloy, L. B., Kelly, K. A., Mineka, S., & Clements, C. M. (1990). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A helplessness-hopelessness perspective. En J. D. Maser y C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 3-12). Washington, D.C.: American Psychiatric Association Press.
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5ª. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Sauer-Zavala, C.P., Klattin, H.M., Ellarde, K.K., Bullis, J.R., & Cassiello-Robbins, C. (2018). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide* (2ª ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*, 295-311. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11845>
- Brown, T. A. & Barlow, D. H. (2014). *Anxiety and related disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5)*. Oxford: Oxford University Press.
- Cabello, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., & Gross, J. J. (2013). A Spanish adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment, 29*(4), 234-240. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000150>
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Moriana, J. A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., & González-Blanch, C. (2021). Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: the results of the PsicAP randomized controlled trial. *Psychological Medicine, 1*–13. <https://doi.org/10.1017/S0033291720005498>
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Wood, C. M., Limonero, J. T., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., Gracia-Gracia, I., Dongil-Collado, E., Iruarizaga, I., Chacón, F., & Santolaya, F. (2016). Transdiagnostic cognitive behavioral therapy versus treatment as usual in adult patients with emotional disorders in the Primary Care Setting (PsicAP Study): Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR*

- Research Protocols*, 5(4), e246. <https://doi.org/10.2196/resprot.6351>
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal psychology*, 78(1), 107-126. <https://doi.org/10.1037/h0031360>
- González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., Muñoz-Navarro, R., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., ... & de Investigación PsicAP, G. (2018). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.005>
- González-Robles, A., García-Palacios, A., Baños, R., Riera, A., Llorca, G., Traver, F., Haro, G., Palop, V., Lera, G., Romeu, J. E., & Botella, C. (2015). Effectiveness of a transdiagnostic internet-based protocol for the treatment of emotional disorders versus treatment as usual in specialized care: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-1024-3>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: MacMillan.
- Nathan, P. E. & Gorman, J. M. (Eds.) (2015). *A guide to treatments that work*. Oxford: Oxford University Press
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). *Prevención del suicidio un instrumento para médicos generalistas* (No. WHO/MNH/MBD/00.1). Fundación Intrás. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75428/WHO_MNH_MBD_00.1_spa.pdf
- Peterson, R.A. & Reiss, R.J. (1992). *Anxiety Sensitivity Index Manual* (2nd edition). Worthington, OH: International Diagnostic Systems
- Ruiz-Doblado, S. (2010). El sacrificio de la validez a expensas de la Habilidad en psicopatología: Mirando por un cristal opaco. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 48(3), 232-244. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000400008>
- Ruiz, J. y Luján, J. (1991). *Manual de Psicoterapia Cognitiva. Inventario de pensamientos automáticos*. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/ESMUBeda/Libros/SentirseMejor/sentirse2.htm>
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=229>
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R.M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 185-203. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., & Santed, 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>
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Pineda, D., Espinosa, V., Magaz, A. M., y Chorot, P. (2019). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes a través de internet (iUP-A): Aplicación web y protocolo de un ensayo controlado aleatorizado. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 197-215. <https://doi.org/10.5944/rppc.26460>
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades

psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clinica y Salud*, 16(2), 121–142. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180616104001.pdf>

- 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(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Worden, J. W., Aparicio, Á., y Barberán, G. S. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.