

Original

Aplicación individual del tratamiento transdiagnóstico a un caso de ansiedad generalizada

Cristina Portillo González*, Carolina Marín Martín y Gonzalo Hervás Torres

Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica, Universidad Complutense, Madrid, España



INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de septiembre de 2019

Aceptado el 4 de diciembre de 2019

On-line el 24 de enero de 2020

Palabras clave:

Ansiedad

Trastornos emocionales

Transdiagnóstico

Terapia cognitivo-conductual

Diseño de caso único

R E S U M E N

Objetivo: Se describe el caso clínico de una mujer, C.G, de 22 años con trastorno de ansiedad generalizada, con el propósito de evaluar el efecto del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los trastornos emocionales para reducir la ansiedad.

Método: Se trata de un diseño de caso único, pre- postratamiento. Los instrumentos de evaluación utilizados para el diagnóstico y posterior establecimiento del tratamiento fueron el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorusch, y Lushene), la Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (Hamilton, 1959; Lobo et al., 2002), el Cuestionario de Preocupaciones del Estado de Pensilvania (Comeche, Díaz, y Vallejo, 1995; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990), y el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer, y Brown, 2011). La intervención fue la aplicación del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los trastornos emocionales (Barlow et al., 2015) en 23 sesiones de 50 minutos. Finalmente se volvió a evaluar con los mismos instrumentos previos al tratamiento.

Resultados: Conforme a las pruebas postratamiento, en concreto Cuestionario de Preocupaciones del Estado de Pensilvania (Comeche, Díaz, y Vallejo, 1995; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990), C.G. ya no reúne los criterios ni alcanza la puntuación (de 77 a 40) para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada.

Conclusiones: Tras el tratamiento, se observa una clara mejoría con una reducción significativa en el número de anticipaciones, lo que confirma la eficacia del tratamiento transdiagnóstico para este caso.

© 2019 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Individual application of the transdiagnostic treatment to a case of generalized anxiety disorder

A B S T R A C T

Objective: The clinical case of a 22-year-old woman, C.G, with generalized anxiety disorder is described, with the purpose of evaluating the effect of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of emotional disorders to reduce anxiety.

Method: This is a single case design, pre-post treatment. The evaluation instruments used for the diagnosis and subsequent establishment of the treatment were the State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorusch, and Lushene), the Hamilton Anxiety Assessment Scale (Hamilton, 1959; Lobo et al., 2002), the Pennsylvania State Concerns Questionnaire (Comeche, Díaz, and Vallejo, 1995; Meyer, Miller, Metzger and Borkovec, 1990), and the Beck Depression Inventory (Beck, Steer, and Brown, 2011).

Results: According to post-treatment tests, specifically Pennsylvania State Concerns Questionnaire (Comeche, Díaz, and Vallejo, 1995; Meyer, Miller, Metzger and Borkovec, 1990), C.G. It no longer meets the criteria or reaches the score (from 77 to 40) for the diagnosis of generalized anxiety disorder.

Conclusions: After the treatment, a clear improvement is observed with a significant reduction in the number of anticipations, which confirms the effectiveness of the transdiagnosis treatment for this case.

© 2019 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Anxiety

Emotional disorders

Transdiagnostic treatment

Cognitive-behavioral therapy

Single case design.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Crisportilloglez3@gmail.com (C. Portillo González).

Introducción

La CIE-10 (OMS, 1992) y el DSM-5 (APA, 2013), reconocen el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) como uno de los trastornos más invalidantes debido a que las preocupaciones que le caracterizan son persistentes y no se limitan ni predominan en ninguna circunstancia ambiental en particular, no existiendo motivo real u objetivo que las justifique.

Se trata de una patología de curso crónico con fluctuaciones y una alta prevalencia, constituyendo un gran problema de salud, no solo por el sufrimiento que genera en las personas que lo padecen, sino también por costes indirectos tales como las bajas laborales y el alto coste sanitario (APA, 2013). En concreto, los trastornos emocionales, entre los que se encuentran los trastornos de ansiedad, son la causa principal de discapacidad y demanda de servicios de atención primaria (Haro et al., 2006), así como los que mayor comorbilidad presenta entre ellos (Sandin, Chorot, Valiente y Chorpita, 2010).

Hasta hace relativamente poco, el enfoque específico del trastorno ha dominado la forma en que los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo han sido conceptualizados e investigados, pero esta elevada comorbilidad hace suponer aspectos comunes entre trastornos que podrían ser trabajados en un solo tratamiento y que abaratarían los costos (Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody y Dalgleish, 2015). Este enfoque, conocido como enfoque transdiagnóstico, aúna los aspectos comunes de los tratamientos cognitivos-conductuales empíricamente apoyados para los distintos trastornos emocionales para abordar conductas disfuncionales y pensamientos con el objetivo de cambiar el comportamiento y el pensamiento (Gonzalez-Blanch et al., 2018). Estudios como el de Toro, Alzate, Santana y Ramirez (2018) han identificado la existencia de correlaciones estadísticamente significativas entre el afecto negativo estado y rasgo, la intolerancia a la incertidumbre y las medidas sintomáticas, además de que evidenció el papel mediador del afecto, parcial para depresión y total para ansiedad, lo que refuerza la hipótesis de una posible base común sobre la vulnerabilidad para desarrollar trastornos emocionales. En esta misma línea, Gonzalez, Ramirez, Brajin y Londoño (2017) señalan que la preocupación y la rumiación son estrategias de evitación cognitiva implicadas en diversos trastornos emocionales.

Así, el enfoque transdiagnóstico se presenta como un enfoque novedoso en la forma en que clasifica, formula, trata y previene los trastornos de depresión y ansiedad, terminando con la lucha entre el enfoque categorial y dimensional al integrar a ambos, que pretende dar respuesta a la elevada tasa de comorbilidad que existe entre los trastornos emocionales al identificar los procesos desadaptativos, psicológicos, cognitivos, emocionales, interpersonales comunes y básicos de trastornos emocionales aunando los principios comunes de los tratamientos cognitivo-conductuales, lo que permite abaratar costes, mejorar la adherencia y tratar todos los posibles trastornos emocionales comórbidos que se den en una persona (Barlow et al., 2015; Sandin, 2014).

El presente artículo recoge la descripción, evaluación y posterior tratamiento de una mujer que padece algunos de los síntomas propios de un TAG, cursando a la vez con un estado de ánimo disfórico. Dada la sintomatología mixta presente en la paciente, su dificultad para conseguir una buena regulación emocional, y con el fin de que la terapia sea de mayor alcance, el tratamiento elegido ha sido el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales de Barlow (2015).

Para la redacción del presente estudio de caso clínico se han seguido las normas de redacción propuestas por Buela-Casal y Sierra (2002).

Identificación del paciente

C.G. es una mujer de 22 años, oriunda de Castilla y la Mancha y soltera. Hija menor de un matrimonio heterosexual con dos hijas. Desde los 18 años compagina los estudios de psicología con un trabajo en hostelería los fines de semana en Madrid. No existen antecedentes familiares de enfermedad mental.

Análisis del motivo de consulta

C.G. llega a consulta porque según refiere «la ansiedad me desborda». Manifiesta constantes anticipaciones con carga negativa, tener la sensación de que es incapaz de relajarse y de que el miedo la paraliza. Dice estar en continuo estado de alerta por lo que pudiera suceder en todas las áreas de su vida y que, debido a esto, es incapaz de tomar decisiones. Menciona también sentimiento de culpa por sus acciones. No sabe ubicar cuándo comenzó la sintomatología, diciendo que siempre fue una persona ansiosa pero que en el último año la sintomatología ha empeorado.

Historia del problema

C.G. refiere no recordar cuándo empezó exactamente el problema, según manifiesta «siempre he sido así... preocupada por todo y sufriendo». También recuerda la sensación de vacío e inestabilidad desde pequeña. Refiere que las preocupaciones comenzaron a causar un malestar mayor hace 7 meses, cuando empezó a evitar salir de casa, dejando incluso de sacar a su perro. Pese a que se obliga a continuar con sus responsabilidades, su interés y motivación han disminuido, ha buscado alternativas, como ir en coche propio e ir acompañada siempre por alguien de confianza, en las que dice «creo controlar la situación», sin embargo, lo que siente que está pasando es que la ansiedad está aumentando y generalizándose. Manifiesta también que tiene dificultades para expresar sus emociones.

Análisis y descripción de las conductas problema

La figura 1, muestra la formulación del caso de los problemas planteados por C.G. Las principales conductas problema son los niveles de activación generalizados, la culpa y un bajo estado de ánimo, desencadenadas ante cualquier pensamiento anticipatorio negativo. Dicho estado de alerta puede verse favorecido por un esquema de peligrosidad del mundo, que parece haberse adquirido a temprana edad, cuando predominaba un ambiente que sentía poco estructurado, puesto que, si bien vivía con sus progenitores, sentía la ausencia y el vacío de ambos por motivos de trabajo. Como recuerdo importante relata que fue perseguida por dos hombres a los 10 años, acontecimiento que no olvida y que pudo haber reforzado la percepción de inseguridad. Asimismo, este permanente y generalizado estado de alerta puede verse reforzado también por una excesiva necesidad de control e intolerancia a la incertidumbre. C.G. ha aprendido a afrontar cualquier evento estresante a través de la preocupación como estrategia de tener el control, y lo que en un principio le genera alivio, a largo plazo le genera malestar ya que las anticipaciones que hace siempre son negativas.

Al sentir que no cuenta con recursos para enfrentarse a diferentes actividades de la vida diaria (viajar en transporte público, sacar a pasear al perro, salir con los amigos), aparece labilidad emocional, irritabilidad y culpa, que retroalimentan sus preocupaciones y que la ha llevado a una reducción significativa de su vida social, de la implicación e interés en cualquier tipo de actividad y autoestima.

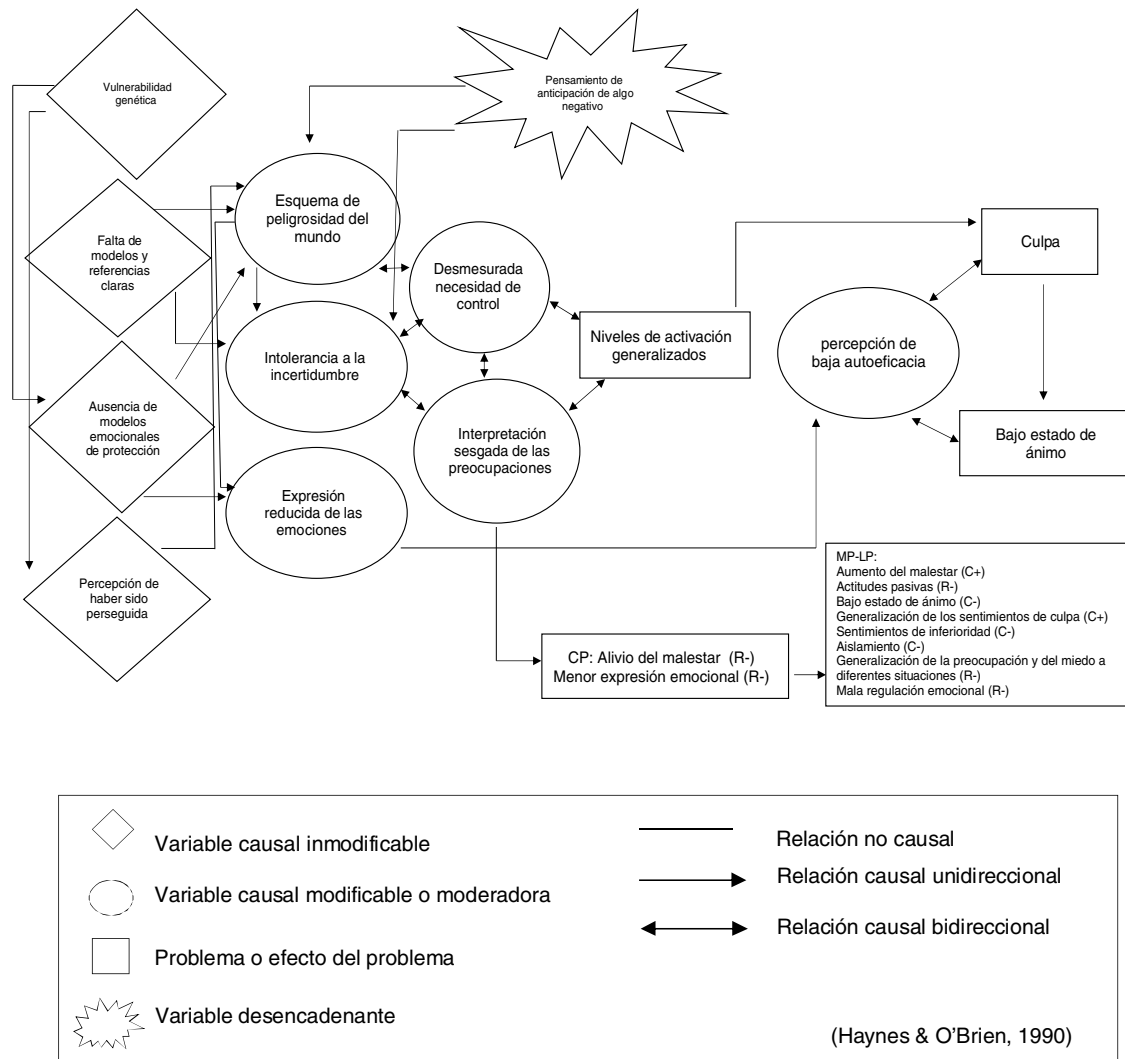


Figura 1. Formulación clínica del caso C.G.

Establecimiento de las metas del tratamiento

De acuerdo con la formulación del caso, las metas del tratamiento que se propusieron fueron: disminuir las respuestas de activación fisiológica, disminuir la anticipación de acontecimientos negativos, aumentar la flexibilidad cognitiva, mejorar el estado de ánimo y mejorar regulación y expresión emocional. Para lograrlo, se propuso disminuir los pensamientos irracionales, como «todo va a salir mal, siempre pasa algo malo», sustituyéndolas por pensamientos alternativos más adaptativos en donde valore las diferentes posibilidades, modificar el estilo de afrontamiento evitativo de C.G., sustituir los pensamientos catastróficos y disruptivos, como su incapacidad de resolver problemas, por unos pensamientos más funcionales y basados en la evidencia.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Se comenzó a trabajar enseñando estrategias de autocontrol, gestión emocional y control de pensamientos, con el fin de alcanzar unos niveles de activación óptimos. Para C.G. era también prioritario trabajar su independencia, de modo que a medida que los anteriores objetivos progresaban, se comenzaron a trabajar paulatinamente formas de seguir con sus obligaciones de manera segura. De esta manera, al tomar decisiones por sí sola que no conllevaban

riesgo, se reducirían las anticipaciones y por tanto el nivel de estrés disminuiría.

Métodos

Instrumentos

Las técnicas de evaluación que se emplearon fueron: 1) la entrevista clínica semiestructurada (según el protocolo de Muñoz, 2003), 2) la observación directa, 3) la línea de vida, con el fin de recabar información sobre su historia, 4) Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger, Gorusch, y Lushene, 2000), con el fin de evaluar el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder ante el estrés. La puntuación directa de C.G. fue de 27 para ansiedad-estado, percentil 65, y de 32 para ansiedad-rasgo, percentil 75. 5) Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (HAS; Hamilton, 1959; Lobo et al., 2002), para determinar el grado de ansiedad global. La puntuación total directa de C.G. fue de 20, indicativa de ansiedad clínicamente significativa. 6) Cuestionario de preocupaciones del Estado de Pensilvania (PSWQ; Comeche, Díaz y Vallejo, 1995; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990), con el fin de facilitar el diagnóstico de TAG conforme a los criterios DSM-III-R. La puntuación de C.G. fue 77, indicativo de un TAG. 7) Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck, Steer, y Brown,

Tabla 1
Sesiones, objetivos y resultados

| Sesiones | Objetivos | Resultados |
|--|--|--|
| Sesiones: 1-5 | Establecimiento vínculo Firma consentimiento informado Recogida de información Hipótesis y su contraste | Recopilación de información para establecimiento de hipótesis, diagnóstico y tratamiento |
| Sesión 6 | Establecimiento de secuencias y relaciones funcionales Devolver de la información Presentar y valorar el tratamiento Establecimiento de un compromiso con la intervención Trabajar motivación para el cambio Establecer objetivos de tratamiento | Valoración y compromiso para el cambio |
| Sesiones 7 y 8 Módulo 1: entender las emociones | Comprensión de las emociones Comprensión de los trastornos emocionales Reconocimiento y análisis de las respuestas emocionales Introducir el A (antecedentes) R (respuestas) C (consecuencias) de las respuestas emocionales Reducir niveles de activación Empezar a sacar al perro | Conocimiento de la naturaleza funcional y adaptativa de las emociones, así como de sus componentes |
| Sesiones 9, 10 y 11 Módulo 2: entrenamiento en conciencia emocional. Aprendiendo a observar las experiencias | Entrenamiento en conciencia emocional Identificar reacciones emocionales objetivamente (CIE) Practicar la conciencia emocional plena centrada en el presente Identificar la relación recíproca entre pensamientos y emociones Continuar con el plan de sacar al perro Empezar a ir en transporte público | Comprensión de los niveles de activación y compromiso por involucrarse en tareas de la vida diaria |
| Sesiones 12 y 13 Módulo 3: la evaluación y reevaluación cognitiva | Identificar patrones de pensamiento desadaptativos Considerar papel desadaptativo de las evaluaciones automáticas en las experiencias emocionales Practicar reevaluación cognitiva Aumentar flexibilidad cognitiva Continuar con el plan de sacar al perro Continuar con el plan de ir en transporte público Planificación actividades placenteras | Aumento de flexibilidad cognitiva que permitió una disminución de los niveles de activación y continuó en el compromiso a involucrarse en tareas de la vida diaria |
| Sesión 14 | Evaluación intertratamiento | Disminución de los niveles de ansiedad en tareas de la vida diaria |
| Sesiones 15 y 16 Módulo 4: evitación emocional de conductas impulsadas por la emoción (CIE) | Introducir concepto de evitación emocional Identificación de patrones de evitación conductual y emocional Demostración de la evitación emocional Modificación patrones de respuesta emocional Reintroducir concepto de CIE Identificar conductas impulsadas por la emoción (CIE) desadaptativas y desarrollar tendencias de acción alternativas | Tener conciencia de sus CIE desadaptativas y proposición de acciones alternativas para contrarrestarlas |
| Sesión 17 y 18 Módulo 5: conciencia y tolerancia de las sensaciones físicas | Identificar sensaciones físicas Identificar cómo influyen las sensaciones físicas en los pensamientos y conductas y viceversa Aumentar tolerancia a las sensaciones físicas | Cambio de CIE por otras alternativas y se logró una exposición a las sensaciones que provocaban los síntomas |
| Sesiones 19- 22 Módulo 6: exposición emocional interoceptiva y situacional | Exposición a activadores emocionales (internos y externos) Aumentar tolerancia a las emociones | Exposición in vivo a las emociones desagradables sin altos niveles de activación y sin CIE desadaptativas |
| Sesión 23 Módulo 7: mantenimiento y prevención de recaídas | Evaluación postratamiento Identificar logros del tratamiento Identificar habilidades para hacer frente a las emociones Identificar maneras de mantener logros Anticipar posibles dificultades | |

2011), para evaluar la presencia y gravedad de síntomas depresivos. C.G. obtuvo una puntuación de 23, indicativa de sintomatología de depresión moderada.

Tras la evaluación se pudo concluir que C.G. presentaba manifestaciones comportamentales y psíquicas propias de un F41.1 TAG y F32.1, episodio depresivo moderado.

Procedimiento

Siguiendo el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (Barlow, Farchione, Fairholme, Ellard, Allen y Ehrenreich-May, 2015), se trabajó la psicoeducación emocional, la reevaluación de las interpretaciones negativas, la modificación de conductas desadaptativas, la prevención de la evitación emocional, el conocimiento y tolerancia de las sensaciones físicas, y la evocación y exposición a las emociones y a las situaciones. Este es un tipo de intervención basado en

principios cognitivo-conductuales, donde el foco a la hora de trabajar se pone en la forma en la que las personas experimentan y responden a las emociones, haciendo explícitos dichos mecanismos, lo que dará lugar al cambio comportamental y de la experiencia emocional (tabla 1).

Las sesiones que se realizaron tuvieron una duración de 50 min semanales.

Resultados

En el momento de finalizar el tratamiento C.G. refiere que los niveles de ansiedad no son tan elevados como para invalidarle y que ante una crisis de ansiedad sabe gestionarla, además de estar planeando un viaje con los amigos. Cuando se aplicaron los instrumentos para la evaluación postratamiento, se constató una mejora significativa en la sintomatología ansiosa (de grave a leve), y depresiva (de moderada a mínima). Conforme a las entrevistas realizadas

Tabla 2
Puntuaciones pretratamiento-postratamiento

| | Pretratamiento | Postratamiento |
|----------|----------------|----------------|
| STAI- AE | 65 | 50 |
| STAI- AR | 50 | 35 |
| HAS | 20 | 7 |
| PSWQ | 77 | 40 |
| BDI-II | 23 | 3 |

Puntuaciones de ansiedad en los cuestionarios STAI (puntuaciones centiles), HAS (puntuaciones directas), PSWQ (puntuaciones directas), y puntuaciones de depresión BDI-II (puntuaciones directas).

AE: ansiedad estado; AR: ansiedad rasgo.

y la prueba PSWQ (Comeche, Díaz y Vallejo, 1995; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990), C.G. ya no reúne los criterios ni alcanza la puntuación (de 77 a 40) para el diagnóstico de TAG. Los resultados aparecen gráficamente en la [tabla 2](#).

Discusión

A la luz de los resultados, el presente caso clínico parece ser acorde a la hipótesis que sostienen algunos autores que defienden que los trastornos de ansiedad y de depresión comparten factores de vulnerabilidad o factores que mantienen los síntomas, y que por lo tanto pueden ser tratados en un mismo tratamiento (Barlow et al., 2015; López, Castellano, Delgado y Palacios, 2015). Desde esta perspectiva transdiagnóstica, los esfuerzos se centran en los factores comunes, en lugar de trabajar en lo que los distingue, lo que puede permitir dar respuesta a la alta comorbilidad de los trastornos emocionales. El considerar la existencia de procesos comunes en diferentes trastornos permite explicar tanto la comorbilidad como el elevado solapamiento de síntomas entre distintos trastornos, y de ello se derivan importantes implicaciones clínicas y terapéuticas que habilitan nuevas formas de abordar los problemas, desde la intervención y prevención de los trastornos mentales (Belloch, 2012; Gonzalez, Cernuda, Alonso, Beltran y Aparicio, 2018).

En lo que a posibles limitaciones del caso se refiere, el número de sesiones puede ser elevado porque si bien se procuraba que las sesiones fueran semanales, no siempre pudo ser así. A ello se une que, dado que C.G. era incapaz de situar la problemática en el tiempo, se consideró útil evaluar posibles trastornos de personalidad y dificultades emocionales e interpersonales a través del MCMI-II (Millon, 2000). En los resultados del MCMI-II (Millon, 2000) se refleja un patrón autoderrotista, evitativo, dependiente y pasivo-agresivo, lo que hace que C.G. fuera una persona que continuamente se presenta a sí misma como inferior al resto, rechazando el placer y la felicidad (autoderrotista), rastreando su entorno en busca de amenazas y minusvalorando sus logros (evitativa), lo que unido a que es probable que exprese su negativismo de manera indirecta, con retrasos, ineficacia y no realizando las tareas para casa, pudo dificultar la consecución de logros de la terapia, y el que la paciente no fuera responsable con el trabajo realizado.

Por lo que respecta al tratamiento del caso, los datos parecen apuntar a la necesidad de tomar en consideración otros elementos más allá del diagnóstico como la presencia de emociones secundarias, como la culpa y la vergüenza, a la hora de planificar y elegir un tratamiento (Barlow et al., 2015). Las emociones secundarias, influenciadas por la cultura y las normas sociales del momento, parecen tener un importante papel en la autoestima y son las más cercanas al comportamiento inmediato de C.G., quien sentía culpa

por sus preocupaciones, y así justificaba su conducta pasiva y aislamiento, y retroalimentaba su estado de alerta.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- American Psychiatric Association-APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: APA.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Allen, L. B. y Ehrenreich-May, J. (2015). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales* (1.ª ed.). Madrid, España: Alianza.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2011). *Manual BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II (adaptación española de J. Sanz y C. Vázquez)*. Madrid, España: Pearson Education.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 295–311.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 525–532.
- Comeche, M., Díaz, M. y Vallejo, M. (1995). *Cuestionarios, Inventarios y Escalas, Ansiedad Depresión y Habilidades Sociales*. Madrid, España: Fundación Universidad Empresa.
- Gonzalez-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., Muñoz-Navarro, R., Ruiz-Rodríguez, P., Adrian Medrano, L. y ... Cano-Vindel, A. (2018). y el Grupo de Investigación PsicAP Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP. *Revista Ansiedad y Estrés*, 24(1), 1–11.
- Gonzalez, D., Cernuda, J., Alonso, F., Beltran, P. y Aparicio, V. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 145–166.
- Gonzalez, M., Ramirez, G., Brajin, M. M. y Londoño, C. (2017). Estrategias cognitivas de control, evitación y regulación emocional: el papel diferencial en pensamientos repetitivos negativos e intrusivos. *Revista Ansiedad y Estrés*, 23(2), 84–90.
- Hamilton, M. A. X. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50–55.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I. y ... Alonso, J. (2006). y el Grupo ESEMeD-España Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Revista Medicina Clínica*, 126(12), 445–451.
- Haynes, S. N. y O'Brien, W. H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10(6), 649–668.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badía, X. y Baró, E. (2002). y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicosométricas (GVPEEP) Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med. Clin (Barc)*, 118(13), 439–449.
- López, J. J. O., Castellano, C., Delgado, E. C. y Palacios, A. G. (2015). El protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en formato grupal en el ámbito de la salud mental pública española *Psicología Conductual Behavioral Psychology. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 23(3), 447–466.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487–495.
- Millon, T. (2000). *Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)*. Madrid: TEA. Ediciones.
- Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S. y Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 40, 91–100.
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)*. Madrid, España: Meditor.
- Sandín, B. (2014). El transdiagnóstico como nuevo enfoque en psicología clínica y psiquiatría. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 111, 9–13.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Chorpita, B. F. (2010). Development of a 30-item version of the revised child anxiety and depression scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 165–178.
- Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (2000). (s. f.) *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid, España: TEA.
- Toro, R., Alzate, L., Santana, L. y Ramírez, I. D. (2018). Afecto negativo como mediador entre intolerancia a la incertidumbre, ansiedad y depresión. *Revista Ansiedad y Estrés*, 24, 112–118.