

Artículo

Estudio Piloto Sobre la Eficacia de un Tratamiento Transdiagnóstico Para Trastornos Emocionales en Atención Primaria

María Flores-Hens¹ , Mario Gálvez-Lara¹ , Antonio Cano-Vindel²  y Juan A. Moriana-Elvira¹ 

¹Universidad de Córdoba (España)

²Universidad Complutense de Madrid (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 11/04/2023

Aceptado: 25/09/2023

Palabras clave:

Trastornos emocionales

Tratamiento transdiagnóstico

Eficacia

Atención primaria

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo evaluar y determinar la eficacia de un tratamiento transdiagnóstico breve en formato grupal para personas con trastornos emocionales leves y moderados y establecer correlaciones entre los cambios tras el tratamiento en las diferentes variables. Para ello, se usó un diseño experimental de grupo único ($n = 11$) con medidas pre-post. Los participantes fueron evaluados antes y después de la intervención con las siguientes medidas: PHQ-15, PHQ-9, GAD-7, PSQW-A, RRS-B y CERQ-18. Se encontró que la terapia transdiagnóstica breve fue efectiva para reducir los síntomas depresivos ($p = .005$), síntomas ansiosos ($p = .011$) y preocupación ($p = .020$) con tamaños del efecto alto. Además, se encontraron correlaciones significativas positivas entre los cambios de las variables de síntomas depresivos y preocupación y entre los cambios en síntomas ansiosos y rumiación. Se concluyó que los tratamientos transdiagnósticos breves pueden ser una opción a tener en cuenta para los pacientes con trastornos emocionales leves y moderados en atención primaria debido a su eficacia en algunos síntomas y sus características.

A Pilot Study of the Effectiveness of a Transdiagnostic Treatment for Emotional Disorders in Primary Care

ABSTRACT

This study aimed to evaluate and determine the efficacy of a brief transdiagnostic treatment in group format for people with mild and moderate emotional disorders, and to establish correlations between the changes after treatment in the different variables. We use a single experimental group ($n = 11$) design with pre-post measures. Participants were assessed pre- and post-intervention with the following measures: PHQ-15, PHQ-9, GAD-7, PSQW-A, RRS-B, and CERQ-18. Brief transdiagnostic therapy was found to be effective in reducing depressive symptoms ($p = .005$), anxious symptoms ($p = .011$), and worry ($p = .020$) with high/moderate effect sizes. In addition, significant positive correlations were found between changes in depressive symptoms and worry variables, and between changes in anxious symptoms and rumination. In conclusion, brief transdiagnostic treatments can be a treatment to consider for patients with mild and moderate emotional disorders in primary care due to their efficacy in some symptoms and their characteristics.

Keywords:

Emotional disorders

Transdiagnostic treatment

Efficacy

Primary care

Introducción

El término de trastorno emocional (TE) ha sido utilizado con frecuencia por diferentes autores a lo largo de los años y con varias acepciones debido a una falta de claridad conceptual (Bullis et al., 2019). Desde una perspectiva dimensional, teniendo en cuenta factores etiológicos y de mantenimiento, Bullis et al. (2019) considera el cumplimiento de tres criterios para denominar un trastorno emocional: experimentar de forma frecuente e intensa emociones negativas, reaccionar de forma aversiva ante la experiencia de las emociones del propio individuo y realizar esfuerzos con el fin de escapar, disminuir o evitar la experiencia emocional. Para completar esta definición, Spokas (2019) recalca la consideración de la influencia cultural en estas experiencias emocionales. Existe una serie de trastornos que se ajustan a estos criterios, pero no se consideran TEs tradicionales como lo son los de ansiedad y depresivos (Bullis et al., 2019).

El creciente interés por este tipo de trastornos se debe a su prevalencia, ya que son los más frecuentes en el mundo, llegando a estimarse unos 300 millones de personas con depresión en 2015 (World Health Organization, 2017). Como consecuencia de la pandemia del COVID-19, la prevalencia de los problemas de salud mental se ha acrecentado (World Health Organization, 2022). En España, las consecuencias de la pandemia se han visto reflejadas en un aumento de las tasas de ansiedad y depresión (Ausín et al., 2022).

Dada la prevalencia de estos trastornos y las consecuencias negativas de los mismos, es evidente que la salud mental debe ser una prioridad relevante para todos los sistemas de salud (Patel et al., 2018). En ese caso, la Atención Primaria (AP) es la puerta de entrada a la que acuden aquellas personas que requieren de una atención sanitaria acerca de sus distintos problemas de salud (Corpas, 2021). La tasa de prevalencia de los trastornos mentales en atención primaria es muy alta. Un 80% de estos serían leves o moderados, en forma de estados depresivos o de ansiedad convirtiéndose en los más prevalentes y discapacitantes en la población (Whiteford et al., 2015). En España, los problemas de salud mental que se atienden con mayor frecuencia en AP son trastornos de estado de ánimo (35,8%), trastornos de ansiedad (25,6%) y trastornos somatomorfos (28,8%) (Roca et al., 2009).

En cuanto al funcionamiento del sistema público sanitario, podría considerarse que desde AP los TEs no están siendo detectados eficazmente, lo que perjudica a los pacientes que acuden a este servicio y existiendo la posibilidad de causarles un mayor sufrimiento (Corpas, 2021). Esto puede ser explicado porque, en primera instancia, las personas son acogidas por un médico de familia que, en su gran mayoría, consideran que requieren de una mayor formación para atender a estos pacientes. A su vez, el escaso tiempo de consulta y el nivel de sobrecarga por la cantidad de pacientes que reciben al día (Moreno y Moriana, 2012) les impide afrontar y gestionar la demanda en salud mental. A esto se le añaden las largas listas de espera (Viberg et al., 2013) y el extenso tiempo entre las citas (Martín-Jurado et al., 2012).

En AP existe una mayor prevalencia en pacientes con problemas “menores de salud” y síntomas inespecíficos (Moreno y Moriana, 2012) siendo tratados por los propios médicos de familia. Según el *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) (2011), el tratamiento que se debe aplicar es la terapia psicológica, de forma independiente a la gravedad del

caso o al consumo de fármacos. Existen numerosos metaanálisis que evalúan la eficacia de la intervención psicológica frente a los fármacos, que se corresponden con el tratamiento que suelen recibir habitualmente. En el metaanálisis de Cuijpers et al. (2014) se mostraron tasas de remisión significativamente más altas entre los pacientes que recibieron psicoterapia (62%) que entre aquellos en condiciones de control con tratamiento habitual (43%). Otro metaanálisis más reciente de Corpas et al. (2021a) mostró que las terapias psicológicas breves eran igual de eficaces que el tratamiento farmacológico a largo plazo, e incluso un efecto favorable a las terapias psicológicas con la posibilidad de producir cambios clínicos en unas seis sesiones.

El problema reside en que, a pesar de demostrar la eficacia de estas terapias, la psicofarmacología sigue siendo con bastante frecuencia el único abordaje disponible en AP para los pacientes con estos trastornos emocionales (Olfson y Marcus, 2010). Los médicos de AP consideran que un 39% de los pacientes tratados con intervención farmacológica podrían resolver sus problemas sin tomarlos y que la admisión de psicólogos en AP mejoraría este servicio junto con las necesidades de estos pacientes (Moreno y Moriana, 2012). En conclusión, parece que existe un bajo nivel de satisfacción tanto por parte del profesional como del paciente en cuanto al tratamiento en el servicio de AP, y la opción de derivación a Atención Especializada se complica por la saturación de este servicio o la poca gravedad de los trastornos. Todo esto lleva a que se acabe manteniendo a lo largo del tiempo una aplicación clínica que se aleja de aquellas que están validadas con evidencias científicas (Corpas, 2021).

Para que se dé esa correspondencia entre investigación y práctica clínica, los profesionales deben conocer los tratamientos psicológicos basados en la evidencia (Moriana et al., 2017), aunque la realidad es que no siempre ocurre así (Gálvez-Lara et al., 2019). El tiempo y coste que se requerirían para formar y capacitar a los profesionales supone una de las barreras para la diseminación de los tratamientos empíricos más destacable junto con la alta comorbilidad en los pacientes que acuden a AP, haciendo que sea compleja su intervención con tratamientos para un sólo diagnóstico (Chambless, 2014).

Por todo ello, en los últimos años, ha surgido un nuevo enfoque para la problemática de la comorbilidad entre trastornos mentales conocido como transdiagnóstico (Donahue y Wright, 2019). Este intenta entender, desde una perspectiva dimensional, los procesos y factores cognitivos y conductuales comunes que causan y/o mantienen a los trastornos (Sandín et al., 2012). Este enfoque es bastante aplicable a los trastornos emocionales dado que existe una alta ocurrencia entre ellos, concretamente el 67% de pacientes con trastorno depresivo cumplen con criterios de trastornos de ansiedad y el 30-63% de pacientes con trastorno de ansiedad tienen síntomas depresivos (Lamers et al., 2011). Este enfoque tiene una vertiente aplicada, conocida como tratamiento transdiagnóstico. Un tratamiento se consideraría transdiagnóstico cuando aplique los principios terapéuticos subyacentes a los trastornos sin tener en cuenta el diagnóstico específico, esté dirigido a pacientes que cumplan criterios para distintos trastornos y dé relevancia a la relación entre distintos componentes o procesos transdiagnósticos (McEvoy et al., 2009).

Existen diferentes procesos cognitivos que están implicados y son relevantes para el tratamiento de los trastornos emocionales.

La rumiación es uno de ellos y puede definirse como una respuesta característica a la angustia que se centra en los síntomas pasados y presentes de forma pasiva, repetitiva y negativa generando un malestar emocional (Riihimäki et al., 2016). Se ha encontrado una fuerte relación entre los pensamientos rumiativos y la depresión (Piraman et al., 2016) y su gravedad con los síntomas de ansiedad (Riihimäki et al., 2016). En un estudio transversal y longitudinal de McLaughlin y Nolen-Hoeksema (2011) en el que evaluaban la rumiación como un factor transdiagnóstico encontraron que la rumia representa una proporción significativa de la co-ocurrencia de síntomas de depresión y ansiedad y a su vez, responsable de su mantenimiento en el tiempo.

Otro proceso cognitivo es la preocupación, definida como una aprehensión ansiosa por situaciones del futuro que incluyen una cadena de pensamientos e imágenes cargada de afectos negativos y relativamente incontrolables (Borkovec et al., 1998). Al igual que la rumiación suele prevalecer más en la depresión, la preocupación se caracteriza por aparecer con mayor frecuencia en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (Makovac et al., 2016). Se han encontrado evidencias de una posible reducción de los síntomas depresivos y ansiosos realizando una modificación del pensamiento de preocupación en sí misma (Chen et al., 2013). Además de estos procesos cognitivos, es importante destacar el papel de la regulación emocional en el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos emocionales (Barlow et al., 2010). Esta se ha definido como un proceso en el que los individuos influyen en la aparición, intensidad, expresión y la experiencia de las emociones (Thompson, 1991). Los déficits en las habilidades de regulación adaptativa de las emociones son una característica central de estos trastornos (Barlow et al., 2010) y por este motivo, el empleo de unas estrategias de regulación desadaptativas puede llegar a perpetuar una incorrecta interpretación y percepción sobre las emociones propias junto con la falta de control sobre las mismas, manteniendo el trastorno en sí (Bullis et al., 2019). Un estudio de Muñoz-Navarro et al. (2022) sugiere que las estrategias de regulación de las emociones deben considerarse mediadoras de la terapia transdiagnóstica en Atención Primaria para el tratamiento de los trastornos emocionales.

Existen numerosos ensayos controlados aleatorizados (ECAs), revisiones sistemáticas y metaanálisis que han tratado de demostrar la eficacia de los tratamientos psicológicos de este enfoque, independientemente del tipo de terapia psicológica. Los datos obtenidos en un estudio de González-Blanch et al. (2021), sugirieron que para pacientes que cuenten con comorbilidades en el momento inicial, es eficaz emplear un enfoque transdiagnóstico frente al tratamiento habitual. El metaanálisis de 50 ECAs de Newby et al. (2015) comparó una amplia gama de tratamiento transdiagnóstico en diferentes formatos frente al no tratamiento junto con la lista de espera y el tratamiento habitual. Encontraron que el tratamiento transdiagnóstico redujo de forma significativa la depresión y la ansiedad y una mejora en la calidad de vida, incluso tres y seis meses después del tratamiento.

Con el fin de mejorar los tratamientos transdiagnósticos, se han ido desarrollando modificaciones de distintos programas, aunque el “Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales” (Barlow et al., 2011) es probablemente la versión con mejor apoyo científico y que ha llegado a replicarse tanto en contextos individuales como grupales a nivel mundial (Barlow et al., 2020). Es una terapia única con raíces cognitivo-

conductuales, centrada en las emociones y experiencias emocionales particulares de cada paciente, que enfatiza la funcionalidad de las mismas, facilita una mayor tolerancia a emociones intensas y trata de corregir las estrategias desadaptativas de la regulación emocional (Wilamowska et al., 2010). Un aspecto a tener en cuenta es la alta aceptabilidad de este protocolo por parte de los profesionales de la salud mental pública en España, lo que puede favorecer su difusión e implementación (Peris-Baquero et al., 2021). El protocolo cuenta con ocho módulos en total, de los cuales, cinco tratan sobre el procesamiento y regulación emocional y tres sobre técnicas cognitivas-conductuales con una duración de 12 a 18 semanas (Farchione et al., 2012). Un metaanálisis de Carlucci et al. (2021) mostró que el Protocolo Unificado produjo una reducción significativa de la gravedad de los síntomas de ansiedad y depresión, pudiendo los adultos beneficiarse más que adolescentes y niños, y a su vez, su eficacia durante un periodo de seguimiento corto-medio plazo (tres a seis meses). Además, existen evidencias de disminuciones estadísticas y clínicamente significativas en la gravedad de los síntomas y el deterioro funcional relacionados con la ansiedad y la depresión utilizando este protocolo en formato breve de ocho sesiones (Corpas et al., 2021b). Por último, algunos estudios han demostrado la eficacia en formato grupal, llegando a reducir la ansiedad y síntomas depresivos (Cano-Vindel et al., 2022a), y también, la calidad de vida (Osma et al., 2022).

El proyecto *Psicología en Atención Primaria* (PsicAP) nace en España como un estudio piloto y experimental para atender a los trastornos emocionales con técnicas psicológicas cognitivas-conductuales de carácter transdiagnóstico dentro del contexto de Atención Primaria, convirtiéndose en el mayor ensayo clínico de atención a la salud mental realizado en el país (Cano-Vindel et al., 2022a). Está diseñado para llevarse a cabo en formato grupal de unas 8-12 personas, en siete sesiones de hora y media de duración a lo largo de cuatro meses (González-Blanch et al., 2018). Los resultados del estudio encontraron que la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica grupal, junto con el tratamiento farmacológico, reduce en mayor medida los síntomas de ansiedad, depresión y somatomorfos, en comparación a únicamente el tratamiento con fármacos tanto a corto como a largo plazo (Cano-Vindel et al., 2022a). Siguiendo la iniciativa del proyecto de IAPT (Mejora del Acceso a Terapias Psicológicas) en Reino Unido, PsicAP también debería ser acogido y llevado a cabo en la sanidad pública española por los resultados obtenidos, su eficacia y su ventajoso balance costo-beneficio (Cano-Vindel et al., 2022b).

Actualmente, se está llevando a cabo un nuevo proyecto llamado PsicAP-Cost, continuación del estudio PsicAP (Aguilera-Martín et al., 2022) cuyo objetivo consiste en comparar, en términos de coste-beneficio y coste-utilidad, un tratamiento breve de carácter transdiagnóstico en formato grupal e individual frente al tratamiento habitual recibido en atención primaria para pacientes con TE's leves y moderados. Para su ejecución, se ha diseñado un ensayo aleatorizado, controlado, multicéntrico con tres grupos a los que se les tomará medidas de evaluación en cuatro momentos diferentes: antes y después de la intervención, a los 6 y a los 12 meses. Las principales variables que se van a medir son: síntomas depresivos, ansiosos, de pánico y somatomorfos. Como variables secundarias se encuentran: trastornos alimentarios y abuso de alcohol, nivel de deterioro, calidad de vida general, pensamientos rumiantes, preocupación, sesgos atencionales y de interpretación, estrategias de

regulación emocional, metacognición, satisfacción del tratamiento y datos del coste y utilidad. Este proyecto se inició en septiembre de 2021.

El presente trabajo se enmarca en ese proyecto PsicAP-Cost y es un estudio piloto para registrar y analizar unos primeros datos del grupo experimental, obtenidos en formato grupal. Actualmente, no se disponen de sujetos suficientes en el grupo control para incluirlos en este trabajo. El propósito general es tener unos primeros indicadores de eficacia de la aplicación del proyecto, atendiendo a sus propios objetivos.

Objetivos

El objetivo principal de este estudio consiste en evaluar y determinar la eficacia del tratamiento transdiagnóstico breve en formato grupal para personas con trastornos emocionales leves y moderados que acuden a Atención Primaria.

Los objetivos específicos de la investigación son:

- Evaluar las variables clínicas (síntomas depresivos, ansiosos y somatomorfos) antes y después del tratamiento transdiagnóstico grupal.
- Evaluar las variables cognitivas (rumiación y preocupación) y las estrategias de regulación emocional antes y después del tratamiento transdiagnóstico.
- Determinar la relación entre los cambios tras la intervención en los síntomas clínicos y los cambios en los procesos cognitivos y estrategias de regulación emocional.

Y los análisis estarán guiados por las siguientes hipótesis:

H1: El tratamiento transdiagnóstico grupal reducirá significativamente los síntomas emocionales.

H2: El tratamiento transdiagnóstico grupal será eficaz para generar estrategias adaptativas de regulación emocional y reducir la rumiación y preocupación.

H3: Los cambios tras la intervención en las variables clínicas tendrán unas correlaciones significativas positivas con los cambios en las variables cognitivas y las estrategias de regulación desadaptativas; y unas correlaciones significativas negativas con los cambios en las estrategias adaptativas.

Método

Diseño de la Investigación

Este trabajo tiene un diseño experimental de grupo único con medidas pre-post tratamiento realizado en un centro de atención primaria en Córdoba (España). Los participantes de este grupo han sido asignados aleatoriamente para el diseño del proyecto de PsicAP-Cost, de donde se han extraído los datos del grupo experimental.

Participantes

Los participantes comenzaron a ser reclutados en septiembre de 2021. Los criterios de inclusión fueron pacientes que comprendieran una edad entre 18 y 65 años, con un trastorno emocional leve o moderado (concretamente trastornos depresivos, ansiedad y/o somatomorfos). Los criterios de exclusión fueron tener algún trastorno diferente a los TEs o que estos fueran graves, un historial con intentos de suicidio, un alto nivel de deterioro funcional, alto

nivel de discapacidad, dificultad para hablar el idioma español o que ya estuviese participando en algún ensayo clínico o terapia privada. También se tuvo en cuenta el tratamiento farmacológico previo de la persona.

Se reclutó a un total de 18 pacientes de los cuales siete no finalizaron el tratamiento y abandonaron el estudio. El grupo de tratamiento sobre el que se pudieron registrar y analizar los datos estuvo compuesto por once mujeres, con una edad media de 44.54, siendo 28 la edad mínima y 67 la edad máxima.

Instrumentos

Para evaluar los síntomas de depresión, se utilizó la subescala de nueve ítems del PHQ (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001), cuyos ítems se corresponden con los criterios de depresión del DSM-IV presentes en las dos semanas anteriores puntuando de 0 (*nada*) a 3 (*casi todos los días*). El punto de corte para considerar trastorno de depresión mayor (TDM) es una puntuación de 10. De esta forma, una puntuación de 10-14 indicaría una depresión menor, moderada o distimia; de 15-19, un TDM moderadamente grave; y de 20-27, un trastorno depresivo grave. Esta subescala ha sido validada para ser utilizada en centros de atención primaria con muestra española con una alta sensibilidad (.95), una especificidad aceptable (.67) y una consistencia interna satisfactoria ($\omega = .89$) (Muñoz-Navarro et al., 2017a).

Para evaluar los síntomas de ansiedad, se empleó la Escala de Ansiedad Generalizada de siete ítems (GAD-7) (Spitzer et al., 2006) que puntúa desde 0 (*nada*) hasta 3 (*casi todos los días*), los síntomas comunes de ansiedad presentes en las dos semanas anteriores. Una puntuación de 5 representa ansiedad leve, de 10 moderada y de 15 grave. Se establece como punto de corte para considerarse trastorno de ansiedad generalizada una puntuación de 10. Esta escala tiene una buena consistencia interna ($\alpha = .83$) (Muñoz-Navarro et al., 2017b).

Se utilizó la subescala del PHQ de 15 ítems (PHQ-15) (Kroenke et al., 2002) para evaluar los síntomas de somatización. Puntúa los síntomas que experimenta el paciente en las cuatro semanas anteriores desde 0 (*no me molestan en absoluto*) a 2 (*me molestan mucho*). Recoge los 13 síntomas somáticos junto con ítems de problemas de sueño y fatiga del PHQ-9. La puntuación de 5 hace referencia a una gravedad de los síntomas baja, de 10 gravedad media y de 15 gravedad alta. El punto de corte, igual que en el PHQ 9 y GAD-7, es de 10. Esta subescala tiene una consistencia interna aceptable ($\alpha = .78$) (Montalbán et al., 2010).

Con el objetivo de evaluar el pensamiento rumiante, se empleó la subescala del factor rumiativo (RRS-B) (Muñoz-Navarro, et al., 2021) de la Escala de Respuestas Rumiativas (RRS) de 22 ítems. Esta subescala puntúa la frecuencia con la que el paciente piensa (1=*casi nunca* a 4=*casi siempre*) en función de cada ítem cuando se encuentran desanimados, tristes o deprimidos. Esta subescala presenta una consistencia interna aceptable en una muestra española ($\alpha = .79$) (Muñoz-Navarro, et al., 2021).

Se empleó la versión abreviada de ocho ítems (PSWQ-A) (Crittendon y Hopko, 2006) del *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ) para la preocupación en la que se evalúa la preocupación patológica como un estado incontrolable y general. Los ítems puntúan en qué medida las preocupaciones afectan a la persona (1 = *nada típico de mí* a 5 = *muy típico de mí*). Este cuestionario tiene una alta consistencia interna ($\alpha = .9$) (Muñoz-Navarro, et al., 2021).

Por último, para evaluar las estrategias de regulación emocional se utilizó la versión abreviada de 18 ítems (Holgado-Tello et al., 2018) del Cuestionario de Regulación Cognitiva de las Emociones (CERQ-36). Esta versión mide las estrategias específicas de regulación cognitiva de las emociones que emplea el paciente para enfrentarse a un acontecimiento estresante en términos de frecuencia por cada ítem (1=casi nunca a 5=casi siempre). Esta versión está validada para la población española presentando una consistencia interna aceptable ($\alpha = .84$ para las estrategias adaptativas y $\alpha = .72$ para las estrategias menos adaptativas) (Holgado-Tello et al., 2018).

Procedimiento

Los participantes que cumplieron los criterios de inclusión fueron reclutados por sus médicos de cabecera firmando un consentimiento informado. Posteriormente, cada participante tuvo una cita con un psicólogo evaluador que le administró los cuestionarios correspondientes. Recibieron la información oportuna a través del correo electrónico. En los casos de aquellos participantes que no cumplieron los criterios debido a una enfermedad mental grave o una discapacidad de alto nivel, se le aconsejó al médico de cabecera que lo remitiera a atención especializada. Los pacientes que participaron en el ensayo no recibieron ninguna compensación económica.

Los terapeutas fueron psicólogos clínicos con experiencia que trabajaban en el sistema nacional de salud. Estos fueron supervisados por un coordinador para resolver posibles dudas acerca del tratamiento y concertar sesiones de seguimiento.

Intervención

La intervención cognitivo-conductual transdiagnóstica estuvo compuesta por siete sesiones de 90 minutos dirigidas por dos psicólogos clínicos no evaluadores. Para más información sobre los contenidos que se trabajan, consultar en Aguilera-Martín et al. (2022) y González-Blanch et al. (2018).

Análisis Estadísticos

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa estadístico SPSS v.25. Se empleó la muestra de los participantes que finalizaron

el tratamiento ($n = 11$). Para comprobar la efectividad de la intervención, se utilizó la prueba Wilcoxon. A su vez, se calcularon los tamaños de efecto mediante la d de Cohen, donde los valores próximos a 0.2 indican un efecto bajo; los próximos a 0.5, un efecto moderado y próximos a 0.8 o más, un efecto alto (Cohen, 1988). También, se calcularon los intervalos de confianza del 95% para cada tamaño del efecto. Por último, para identificar la relación entre los cambios tras el tratamiento, se calculó el índice de correlación de Spearman.

Resultados

Los resultados mostraron una reducción significativa con tamaño del efecto alto tanto en la variable clínica de síntomas depresivos (PHQ-9) ($d = 1.48$) como en la variable ansiedad (GAD-7) ($d = 1.22$). A su vez, la intervención transdiagnóstica grupal también provocó una disminución significativa en el PSWQ-A, que medía la variable cognitiva de preocupación, con tamaño del efecto alto ($d = 0.85$). Por otro lado, no aparecieron diferencias significativas en las variables de síntomas somáticos, rumiación ni estrategias de regulación emocional (ver tabla 1).

Finalmente, los análisis de correlación mostraron que los cambios tras el tratamiento en la variable de ansiedad correlacionaron positivamente y de forma significativa con los cambios en la variable de rumiación. A su vez, los cambios en la variable de síntomas depresivos correlacionaron positivamente con los cambios en la variable cognitiva de preocupación. Sin embargo, el resto de las variables no presentaron correlaciones significativas (ver tabla 2).

Discusión

La terapia transdiagnóstica grupal breve fue efectiva para la reducción de los síntomas depresivos y ansiosos. Por tanto, se cumple parcialmente la primera hipótesis de este trabajo excepto en la variable de síntomas somatomorfos. Este resultado coincide con otros estudios en los que, a diferencia de este trabajo, también mostraron reducciones significativas en el resto de variables clínicas (Corpas et al., 2021b). El estudio de PsicAP también mostró reducciones significativas en todos los síntomas de los trastornos emocionales con tamaños del efecto moderados para los síntomas de ansiedad, depresivos y somáticos (Cano-Vindel et al., 2022a). A su vez, la terapia transdiagnóstica

Tabla 1

Síntomas Clínicos, Procesos Cognitivos y Regulación Emocional al Inicio y Después del Tratamiento y Análisis Intragrupo con Tamaños del Efecto

Variables	Pre M (DT)	Post M (DT)	W	p	d (IC 95%)
Variables clínicas					
PHQ-15	10.57 (5.59)	7.29 (3.09)	- 1.70	.088	0.76 (-0.10 - 1.60)
PHQ-9	16 (5.63)	9,45 (7.44)	- 2.80	.005	1.48 (0.59 - 2.33)
GAD-7	13 (5.63)	6.82 (5.75)	- 2.55	.011	1.22 (0.41 - 1.99)
Variables cognitivas					
PSWQ-A	28.45 (7.09)	24.55 (6.66)	- 2.31	.028	0.85 (-0.14 - 1.53)
RRS-B	13.82 (2.89)	12.09 (4.06)	- 1.38	.165	0.40 (-0.21 - 1.01)
CERQ-18: Estrategias adaptativas	32.73 (4.83)	34.27 (5.31)	- 0.97	.331	- 0.30 (-0.90 - 1.30)
CERQ-18: Estrategias desadaptativas	25.80 (5.97)	22 (6.68)	2.13	.074	0.67 (-0.03 - 1.35)

Nota: PHQ-15= Cuestionario de Salud del Paciente-15; PHQ-9= Cuestionario de Salud del Paciente-9; GAD-7= Escala de Ansiedad Generalizada; PSWQ-A= Cuestionario de Preocupación Penn State Abreviado; RRS-B= Escala de Respuestas Rumiativas de Brooding; CERQ-18= Cuestionario de Regulación Cognitiva de las Emociones.

Tabla 2
Correlaciones Entre las Variables Clínicas y los Procesos Cognitivos

Variables	PHQ-15		PHQ-9		GAD-7	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>rs</i>	<i>p</i>
Procesos cognitivos						
PSWQ-A	-.278	.546	.656	.028	.488	.127
RRS-B	-.276	.549	.562	.072	.811	.002
CERQ-18 (estrategias adaptativas)	-.101	.830	.206	.543	.154	.652
CERQ-18 (estrategias desadaptativas)	.327	.474	.457	.184	.483	.157

Nota: PHQ-15= Cuestionario de Salud del Paciente-15; PHQ-9= Cuestionario de Salud del Paciente-9; GAD-7= Escala de Ansiedad Generalizada; PSWQ-A= Cuestionario de Preocupación Penn State Abreviado; RRS-B= Escala de Respuestas Rumiativas de Brooding; CERQ-18= Cuestionario de Regulación Cognitiva de las Emociones.

fue efectiva para la reducción de la preocupación, aunque no para la rumiación ni la creación de estrategias de regulación emocional como se hipotetizó. Esta reducción en la preocupación se mostró en el estudio de Corpas et al. (2022) junto con la reducción de las demás variables cognitivas y la modificación de las estrategias de regulación emocional.

En cuanto a las correlaciones de los cambios tras la intervención, este estudio encontró unas correlaciones positivas significativas entre los síntomas ansiosos y la rumiación; y los síntomas depresivos y la preocupación. Este resultado difiere de otros donde destacan que la rumiación suele estar presente con mayor prevalencia en la depresión (Piraman et al., 2016) y la preocupación en los trastornos de ansiedad (Makovac et al., 2016). No obstante, en la literatura se ha investigado la relación entre síntomas ansiosos y rumiación, llegando a unos resultados inconsistentes. Algunos estudios han encontrado relaciones significativas y positivas entre estas dos variables (Liu y Ren, 2018), mientras que otros no encuentran correlaciones significativas y consideran que es posible que la rumiación pueda ayudar a aliviar los síntomas ansiosos de los pacientes con una elevada ansiedad (Field et al., 2004). Además, afirman que la rumiación puede emplearse como estrategia adaptativa para la evaluación de los errores que estas personas comenten y cómo estos son aceptados por los demás (Michl et al., 2013).

Por otro lado, la relación entre los síntomas depresivos y la preocupación también ha sido cuestionada (Hong, 2007) encontrando correlaciones significativas entre estas dos variables (Dar et al., 2017). La rumiación en la depresión desempeña un papel similar que en la ansiedad en cuanto a los contenidos en los pensamientos y pueden mantener este estado depresivo (Nolen-Hoeksema, 1996). Sin embargo, los cambios después del tratamiento en la variable de síntomas somatomorfos no correlacionaron con ningún cambio en las variables cognitivas ni estrategias de regulación, a pesar de que se ha establecido que la regulación emocional es un elemento importante en el mantenimiento de estos síntomas (Okur et al., 2019).

Este estudio cuenta con una serie de limitaciones. La primera de ellas está relacionada con las características y tamaño de la muestra. Se trata de una muestra pequeña en la que algunos participantes abandonaron durante la intervención por diversos motivos personales y otros no acudieron a la evaluación posterior del mismo ($n = 11$), por lo que no se han podido contar con sus datos. Asimismo, el grupo de tratamiento está integrado solo por mujeres, una predominancia observada en otros estudios con tratamientos transdiagnósticos (Cassello-Robbins et al., 2020),

dado que los trastornos emocionales son más comunes en esta población (Kessler et al., 2005) y suelen buscar tratamiento en mayor proporción que los hombres (Möller-Leimkühler, 2002). Esto se refleja también en el metaanálisis de Corpas et al. (2021a), donde se incluyeron un total de 3868 participantes, de los cuales un 73.6% eran mujeres. Otra limitación es la ausencia del grupo control debido, de nuevo, a la falta de datos suficientes para poder incluirlos en el estudio. A su vez, los resultados no pueden generalizarse a niños ni adolescentes dado que la muestra sólo recoge a población adulta. En este sentido, tampoco puede generalizarse a trastornos graves puesto que el tratamiento estaba dirigido a pacientes con trastornos leves y/o moderados. Por último, no se realizaron sesiones de seguimiento, pero un estudio de Osma et al. (2022) demostró que los cambios que produjo el tratamiento transdiagnóstico se mantuvieron a los 6 meses después de la intervención.

Por todo ello, las futuras investigaciones deberían asegurarse de realizar un seguimiento a largo plazo para poder garantizar la eficacia del tratamiento y también, enfocar estas intervenciones a otras poblaciones como niños y adolescentes. Además, sería enriquecedor que se pudiera investigar cómo difundir este tipo de terapias dentro de la práctica real.

Conclusión

Este estudio demuestra la eficacia de los tratamientos transdiagnósticos para los trastornos emocionales en algunas variables clínicas y cognitivas. Es por ello que, siguiendo la literatura encontrada, debería ser un enfoque a tener en cuenta para tratar a estos pacientes en Atención Primaria, dada su alta prevalencia, cada vez más en aumento dentro de nuestra sociedad, y por sus costes directos e indirectos asociados (Ruiz-Rodríguez et al., 2017). Con este trabajo se espera poder difundir las terapias psicológicas breves en formato grupal como alternativa en los sistemas de salud con el objetivo de poder ofrecer a los pacientes el mejor tratamiento posible.

Contribución de los Autores

María Flores Hens: búsqueda bibliográfica, recopilación y análisis de datos, primera redacción del texto.

Mario Gálvez Lara: revisión y corrección del presente texto.

Antonio Cano Vindel: dirección y gestión del proyecto del PsicAP-Cost, revisión y edición final del artículo.

Juan A. Moriana Elvira: dirección y gestión del proyecto del PsicAP-Cost, revisión y edición final del artículo.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Aguilera-Martín, Á., Gálvez-Lara, M., Cuadrado, F., Moreno, E., García-Torres, F., Venceslá, J.F., Corpas, J., Jurado-González, F.J., Muñoz-Navarro, R., González-Blanch, C., Ruiz-Rodríguez, P., Barrio-Martínez, S., Prieto-Vila, M., Carpallo-González, M., Cano-Vindel, A., & Moriana, J.A. (2022). Cost-effectiveness and cost-utility evaluation of individual vs. group transdiagnostic psychological treatment for emotional disorders in primary care (PsicAP-Costs): A multicentre randomized controlled trial protocol. *BMC Psychiatry*, 22(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03726-4>
- Ausín, B., González-Sanguino, C., Castellanos, M.A., Sáiz, J., Zamorano, S., Vaquero, C., & Muñoz, M. (2022). The psychological impact of the COVID-19 pandemic in Spain: A longitudinal study. *Psicothema*, 34(1), 66-73. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.290>
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B., & Ehrenreich-May, J.T. (2010). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Payme, L.A., & Ehrenreich-May, J.T. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*. Oxford University Press.
- Barlow, D.H., Harris, B.A., Eustis, E.H., & Farchione, T.J. (2020). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *World Psychiatry: Official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(2), 245-246. <https://doi.org/10.1002/wps.20748>
- Borkovec, T.D., Ray, W.J., & Stober, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22(6), 561-576. <http://doi.org/10.1023/A:1018790003416>
- Bullis, J.R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T.J., & Barlow, D.H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(2), 1-19. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12278>
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Moriana, J.A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L.A., & González-Blanch, C. (2022a). Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: The results of the PsicAP randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 52(15), 3336-3348. <https://doi.org/10.1017/S0033291720005498>
- Cano-Vindel, A., Ruiz-Rodríguez, P., Moriana, J.A., Medrano, L.A., González-Blanch, C., Aguirre, E., & Muñoz-Navarro, R. (2022b). Improving access to psychological therapies in Spain: From IAPT to PsicAP. *Psicothema*, 34(1), 18-24. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.113>
- Carlucci, L., Saggino, A., & Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 87, 101999. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999>
- Cassiello-Robbins, C., Southward, M.W., Tirpak, J.W., & Sauer-Zavala, S. (2020). A systematic review of unified protocol applications with adult populations: Facilitating widespread dissemination via adaptability. *Clinical Psychology Review*, 78, 101852. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101852>
- Chambless, D.L. (2014). Can we talk? Fostering interchange between scientists and practitioners. *Behavior Therapy*, 45(1), 47-50. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.08.002>
- Chen, J., Liu, X., Rapee, R. M., & Pillay, P. (2013). Behavioural activation: A pilot trial of transdiagnostic treatment for excessive worry. *Behaviour Research and Therapy*, 51(9), 533-539. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.05.010>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Corpas, J. (2021). *La efectividad de los tratamientos psicológicos breves y de enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales en los sistemas sanitarios* Tesis doctoral. Universidad de Córdoba (España). <https://helvia.uco.es/bitstream/handle/10396/22196/2021000002354.pdf?sequence=1>
- Corpas, J., Moriana, J.A., Venceslá, J.F., & Gálvez-Lara, M. (2021a). Brief psychological therapies for emotional disorders in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28(4), 363-376. <https://doi.org/10.1037/cps0000009>
- Corpas, J., Moriana, J.A., Venceslá, J.F., & Gálvez-Lara, M. (2021b). Brief psychological treatments for emotional disorders in primary and specialized care: A randomized controlled trial. *International Journal of Health and Clinical Psychology*, 21(1), 100203. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.11.002>
- Corpas, J., Moriana, J.A., Venceslá, J.F., & Gálvez-Lara, M. (2022). Effectiveness of brief group transdiagnostic therapy for emotional disorders in primary care: A randomized controlled trial identifying predictors of outcome. *Psychotherapy Research*, 32(4), 456-469. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1952331>
- Crittendon, J., & Hopko, D.R. (2006). Assessing worry in older and younger adults: Psychometric properties of an abbreviated Penn State Worry Questionnaire (PSWQ-A). *Journal of Anxiety Disorders*, 20(8), 1036-1054. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.11.006>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., & van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 159, 118-126. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026>
- Dar, K.A., Iqbal, N., & Mushtaq, A. (2017). Intolerance of uncertainty, depression, and anxiety: Examining the indirect and moderating effects of worry. *Asian Journal of Psychiatry*, 29, 129-133. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.04.017>
- Donahue, J.J., & Wright, T.W. (2019). Considering the emotional disorder construct in context: Science and practice. *Clinical Psychology*, 26(2), e122884. <http://dx.doi.org/10.1111/cpsp.12288>
- Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Thompson-Hollands, J., Carl, J.R., Gallagher, M.W., & Barlow, D.H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43(3), 666-678. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>
- Field, A. P., Psychol, C., y Morgan, J. (2004). Post-event processing and the retrieval of autobiographical memories in socially anxious individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(5), 647-663. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2003.08.004>
- Gálvez-Lara, M., Corpas, J., Velasco, J., & Moriana, J.A. (2019). El conocimiento y el uso en la práctica clínica de los tratamientos psicológicos basados en la evidencia. *Clínica y Salud*, 30(3), 115-122. <http://dx.doi.org/10.5093/clysa2019a12>

- González-Blanch, C., Muñoz-Navarro, R., Medrano, L.A., Moriana, J.A., Ruiz-Rodríguez, P., & Cano-Vindel, A. (2021). Moderators and predictors of treatment outcome in transdiagnostic group cognitive-behavioral therapy for primary care patients with emotional disorders. *Depression and Anxiety, 38*(7), 757-767. <https://doi.org/10.1002/da.23164>
- González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., Muñoz-Navarro, R., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L.A., Ruiz-Torres, M., Dongil-Collado, E., Cano-Vindel, A., & Grupo de Investigación PsicAP (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>
- Holgado-Tello, F., Amor, P.J., Lasa, A., & Domínguez, J. (2018). Two new brief versions of the cognitive emotion regulation questionnaire and its relationships with depression and anxiety. *Anales de Psicología, 34*(3), 458-464. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.3.306531>
- Hong R.Y. (2007). Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behaviour Research and Therapy, 45*(2), 277-290. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.03.006>
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 617-627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, J.B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, J.B. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine, 64*(2), 258-266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
- Lamers, F., van Oppen, P., Comijs, H.C., Smit, J.H., Spinhoven, P., van Balkom, A.J., Nolen, W.A., Zitman, F.G., Beekman, A.T., & Penninx, B.W. (2011). Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *The Journal of Clinical Psychiatry, 72*(3), 341-348. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06176blu>
- Liu, M., & Ren, S. (2018). Moderating effect of emotional intelligence on the relationship between rumination and anxiety. *Current Psychology, 37*, 772-779. <https://doi.org/10.1007/s12144-016-9510-7>
- Makovac, E., Meeten, F., Watson, D.R., Herman, A., Garfinkel, S.N., Critchley, H.D., & Ottaviani, C. (2016). Alterations in amygdala-prefrontal functional connectivity account for excessive worry and autonomic dysregulation in generalized anxiety disorder. *Biological Psychiatry, 80*(10), 786-795. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.10.013>
- Martín-Jurado, A., de-la-Gándara-Martín, J.J., Castro-Carbajo, S., Moreira-Hernández, A., & Sánchez-Hernández, J. (2012). Concordance analysis of referrals from primary care to mental health. *Semergen, 38*(6), 354-359. <https://doi.org/10.1016/j.semern.2011.12.005>
- McEvoy, P.M., Nathan, P., & Norton, P.J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 23*(1), 20-33. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.20>
- McLaughlin, K.A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 49*(3), 186-193. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.12.006>
- Michl, L.C., McLaughlin, K.A., Shepherd, K., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: Longitudinal evidence in early adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(2), 339-353. <https://doi.org/10.1037/a0031994>
- Möller-Leimkühler, A.M. (2002). Barriers to help-seeking by men: A review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders, 71*(1-3), 1-9. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(01\)00379-2](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(01)00379-2)
- Montalbán, S.R., Vives, A.C., & Garcia-Garcia, M. (2010). Validation of the Spanish version of the PHQ-15 questionnaire for the evaluation of physical symptoms in patients with depression and/or anxiety disorders: DEPRE-SOMA study. *Actas Españolas de Psiquiatría, 38*(6), 345-457.
- Moreno, E., & Moriana, J.A. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental, 35*(4), 315-328.
- Moriana, J.A., Gálvez-Lara, M., & Corpas, J. (2017). Psychological treatments for mental disorders in adults: A review of the evidence of leading international organizations. *Clinical Psychology Review, 54*, 29-43. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.008>
- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Medrano, L.A., Schmitz, F., Ruiz-Rodríguez, P., Abellán-Maeso, C., Font-Payeras, M.A., & Hermsilla-Pasamar, A.M. (2017a). Utility of the PHQ-9 to identify major depressive disorder in adult patients in Spanish primary care centres. *BMC psychiatry, 17*(1), 291. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1450-8>
- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Moriana, J.A., Medrano, L.A., Ruiz-Rodríguez, P., Agüero-Gento, L., Rodríguez-Enríquez, M., Pizà, M.R., & Ramírez-Manent, J.I. (2017b). Screening for generalized anxiety disorder in Spanish primary care centers with the GAD-7. *Psychiatry Research, 256*, 312-317. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.023>
- Muñoz-Navarro, R., Medrano, L.A., González-Blanch, C., Carpallo-González, M., Olave, L., Iruarizaga, I., Ruiz-Rodríguez, Moriana, J.A., & Cano-Vindel, A. (2021). Validity of brief scales for assessing transdiagnostic cognitive emotion regulation strategies in primary care patients with emotional disorders. *European Journal of Psychological Assessment, 37*(2), 86-94. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000584>
- Muñoz-Navarro, R., Medrano, L.A., Limonero, J.T., González-Blanch, C., Moriana, J.A., Ruiz-Rodríguez, P., & Cano-Vindel, A. (2022). The mediating role of emotion regulation in transdiagnostic cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: Secondary analyses of the PsicAP randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders, 303*, 206-215. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.029>
- National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE] (2011). *Common mental health problems: Identification and pathways to care clinical guideline*. The Royal College of Psychiatrists.
- Newby, J.M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review, 40*, 91-110. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>
- Nolen-Hoeksema, S. (1996). Chewing the cud and other ruminations. En R.S. Wyer (Ed.), *Ruminative thoughts* (pp. 135-144). Lawrence Erlbaum Associates.
- Okur, G.Z.E., Sattel, H., Witthöft, M., & Henningsen, P. (2019). Emotion regulation in patients with somatic symptom and related disorders: A systematic review. *PlosOne, 14*(6), e0217277. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217277>

- Olfson, M., & Marcus, S.C. (2010). National trends in outpatient psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*, 167(12), 1456-1463. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10040570>
- Osma, J., Navarro-Haro, M.V., Peris-Baquero, O., & Suso-Ribera, C. (2022). Unified protocol in a group format for improving specific symptoms of emotional disorders in the Spanish public health system. *Psicothema*, 34(1), 25-34. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.246>
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P.Y., Cooper, J.L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M.M., Huang, Y., Jordans, M., Kleinman, A., Medina-Mora, M.E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., Prince, M., Rahman, A., Saraceno, B., Sarkar, B.K., DeSilva, M., Singh, I., Stein, D.J., Sunkel, C. & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*, 392(10157), 1553-1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Peris-Baquero, Ó., Osma, J., Gil-LaCruz, M., & Martínez-García, L. (2021). Acceptability of and intention to use the unified protocol delivered in group format in the Spanish public health system. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 27(6), 1299-1309. <https://doi.org/10.1111/jep.13546>
- Piraman, M., Tavakoli, M., & Torkan, H. (2016). Rumination and co-rumination: Factors predicting depression. *International Journal of Educational and Psychological Research*, 2(2), 99-104. <https://doi.org/10.4103/2395-2296.178865>
- Riihimäki, K., Vuorilehto, M., Jylhä, P., & Isometsä, E. (2016). Response style and severity and chronicity of depressive disorders in primary health care. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 33(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.12.002>
- Roca, M., Gili, M., García-García, M., Salva, J., Vives, M., García Campayo, J., & Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119(1-3), 52-58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.014>
- Ruiz-Rodríguez, P., Cano-Vindel, A., Muñoz Navarro, R., Medrano, L., Moriana, J.A., Buiza Aguado, C., Jiménez Cabré, G., & González-Blanch, C. (2017). Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: una revisión sistemática y crítica. *Ansiedad y Estrés*, 23(2-3), 118-123. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.003>
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R.M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Spokas, M. (2019). Cultural considerations in defining emotional disorders. *Clinical Psychological Science*, 26(2), e12283. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12283>
- Thompson, R.A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, 3(4), 269-307. <https://doi.org/10.1007/BF01319934>
- Viberg, N., Forsberg, B.C., Borowitz, M., & Molin, R. (2013). International comparisons of waiting times in health care-limitations and prospects. *Health Policy*, 112(1-2), 53-61. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.06.013>
- Whiteford, H.A., Ferrari, A.J., Degenhardt, L., Feigin, V., & Vos, T. (2015). The global burden of mental, neurological and substance use disorders: An analysis from the global burden of disease study 2010. *PlosOne*, 10(2), e0116820. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116820>
- Wilamowska, Z.A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Farchione, T.J., & Barlow, D.H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 27(10), 882-890. <https://doi.org/10.1002/da.20735>
- World Health Organization [WHO] (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. World Health Organization.
- World Health Organization [WHO] (2022). *Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact*. World Health Organization.