

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

(Programa de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud)



EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES EN ATENCIÓN PRIMARIA. EL EFECTO DE LOS ANTIDEPRESIVOS Y LAS ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL EN LOS SÍNTOMAS Y LA CALIDAD DE VIDA

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Gabriel Esteller Collado

Dirigida por:

Roger Muñoz Navarro

Antonio Rafael Cano Vindel

Juan Antonio Moriana Elvira

FECHA DEPÓSITO:

11/10/2024

*“Podemos estar ciegos para lo evidente, y
ciegos además para nuestra ceguera”.*

- Daniel Kahneman -

“¿Por qué lo haces? Porque vale la pena”.

- D. T -

Agradecimientos

Este proyecto representa no solo un esfuerzo individual, sino también el apoyo y trabajo constante de muchas personas excepcionales a quienes deseo expresar mi más profunda gratitud.

En primer lugar, a mis directores de tesis: Roger, Antonio y Juan Antonio. Por vuestra templanza y tesón al recorrer un camino que en España nadie se había atrevido a recorrer, porque gracias a vosotros el PsicAP es una referencia para muchos de los que llegamos después.

A Roger, por ser un referente no solo en el ámbito académico, sino también en lo personal. Has sido un ejemplo constante de lo que significa ser un verdadero investigador y profesor, de cómo afrontar esta carrera sin morir en el intento y, sobre todo, de lo importante que es mirar a tu lado y ver las personas que te acompañan en el camino. Admiro tu generosidad y convicción por lograr aquello en lo que crees. No solo has confiado en mí durante este proyecto, sino que no has dudado en ningún momento. Esto es solo el inicio de un largo futuro juntos, codo con codo, porque somos WEIRD en este ámbito y eso no es lo habitual. Gracias Roger, este logro es tanto mío como tuyo.

A Antonio, por haber aportado tu experiencia y conocimiento a este trabajo. Tu capacidad para orientarme y aportar nuevas perspectivas en cada etapa del proyecto ha sido invaluable. Aprecio enormemente tu compromiso y el tiempo que has dedicado a hacer crecer la psicología en Atención Primaria en España. Eres una fuente de inspiración.

A Juan Antonio, por ofrecerme todo tu conocimiento para que este trabajo alcanzase su máximo potencial. Tu atención a los detalles y tu dedicación como director han sido fundamentales para perfeccionar este trabajo. Gracias por haberme mostrado la importancia del rigor científico en la psicología, porque no todo vale, “*we love RCT's*”.

Me gustaría agradecer también a todo el equipo de investigación PsicAP su esfuerzo y dedicación durante todo el proyecto, esto no habría sido posible sin vosotros/as. Gracias a todos los psicólogos/as y médicos de Atención Primaria que habéis colaborado en el ensayo de una forma totalmente altruista, gracias por todo vuestro esfuerzo para mejorar la atención a la salud mental de nuestro sistema sanitario público.

Esta tesis tampoco habría sido posible si no fuera por ciertas personas que se cruzaron en mi camino hace mucho tiempo: Carlos Caurín, Merche Villar y Juan Calatayud. Gracias por creer en mí cuando nadie lo hizo. Gracias por todo vuestro esfuerzo y apoyo en uno de los momentos más difíciles de mi vida. Siempre formaréis parte de mí.

Gracias también a todos mis amigos, a pesar de no haber podido pasar mucho tiempo juntos durante este proceso, siempre estuvisteis ahí presentes con vuestras palabras de ánimo y apoyo. Os quiero.

A Camilo, porque juntos caminamos desde hace años. No solo eres mi amigo, eres mi hermano. Nadie nos lo ha puesto fácil, pero juntos lo hemos enfrentado todo. No sería quien soy de no haberte tenido a mi lado. Te admiro, lo sabes. Esta tesis va por los dos, porque tú siempre creíste en mí y yo siempre creeré en ti.

Gracias a mi familia, Helena y Juan, por vuestro amor incondicional y apoyo, no solo para lograr sacar adelante este trabajo, sino porque pase lo que pase, siempre estáis ahí. Gracias mamá, gracias hermano, gracias por todas esas tardes ayudándome y enseñándome a estudiar, por todas esas horas delante del escritorio que se me hacían interminables, gracias por cada conversación y por cada discusión que me han hecho ser mejor persona. ¿Quién diría que aquel chico que se quedaba dormido encima del escritorio, que no sabía ni resumir cuatro líneas de un texto, sacaría una tesis doctoral

adelante, eh? Vosotros, vosotros lo decíais, porque vosotros siempre habéis creído en mí. Os admiro, respeto y quiero con todo mi corazón.

Por último, a Celia, mi pareja y compañera. Tú eres la persona que ha estado día a día conmigo, a mi lado, apoyándome y escuchándome. Tú mejor que nadie sabes lo mucho que significa para mí finalizar este trabajo. Todavía recuerdo el día que hablamos sobre retomar la idea de hacer una tesis doctoral, tú fuiste quien me animó sin dudarlo, quien me alentó a hacerlo porque sabía que era algo que se había quedado pendiente dentro de mí. Durante estos años hemos pasado etapas que no han sido fáciles, pero juntos hemos salido adelante, y lo seguiremos haciendo. Esto, lejos de ser un final, es un inicio de grandes cosas, en las que, sin dudarlo, quiero caminar junto a ti. Gracias por tu infinita paciencia, que sé que es mucha, y por tu comprensión y cariño durante esta aventura. Te quiero.

Índice

Resumen.....	1
Abstract.....	5
1. Introducción.....	9
1.1. Los trastornos emocionales.....	9
1.1.1. Clasificación internacional de los trastornos emocionales.....	10
1.1.2. Prevalencia global y nacional.....	12
1.1.3. Impacto de los trastornos emocionales en la calidad de vida.....	17
1.1.4. Impacto económico de los trastornos mentales y los trastornos emocionales.....	23
1.2. Los trastornos emocionales en Atención Primaria.....	23
1.2.1. Tratamiento habitual.....	24
1.2.2. Tratamientos basados en la evidencia.....	31
1.2.3. Programas internacionales de tratamientos basados en la evidencia en el contexto de Atención Primaria.....	39
1.3. El ensayo PsicAP-Psicología en Atención Primaria.....	46
1.3.1. El protocolo TD-TCC del ensayo PsicAP.....	49
1.3.2. Mecanismos de cambio en la psicoterapia: los estilos cognitivo-emocionales.....	52
1.3.3. Secuencia de aparición y tratamiento de los síntomas de ansiedad y depresión.....	61
1.4. Objetivos de la tesis.....	72

2. Metodología.....	74
2.1. Participantes y procedimiento.....	74
2.2. Instrumentos.....	82
2.3. Análisis.....	87
2.3.1. Análisis estudio 1.....	95
2.3.2. Análisis estudio 2.....	98
2.3.3. Análisis estudio 3.....	100
3. Resultados.....	102
3.1. Resultados estudio 1.....	102
3.2. Resultados estudio 2.....	107
3.3. Resultados estudio 3.....	117
4. Discusión.....	126
4.1. Discusión estudio 1.....	126
4.2. Discusión estudio 2.....	137
4.3. Discusión estudio 3.....	149
5. Discusión general.....	158
6. Conclusión	162
Referencias.....	163
Anexos.....	221
Anexo A.....	221
Anexo B.....	225
Anexo C.....	232

Índice de Figuras

Figura 1. Evolución de los síntomas de ansiedad, depresión y somatizaciones en función del grupo de tratamiento.....	47
Figura 2. Diagrama de flujo.....	76
Figura 3. Diagrama de los efectos de mediación y moderación.....	87
Figura 4. Diagrama de efectos en los modelos de mediación y moderación.....	89
Figura 5. Diagrama de los modelos de mediación en serie y en paralelo.....	91
Figura 6. Diagrama de modelos de mediación moderada.....	92
Figura 7. Diagrama hipotético de los modelos de mediación serial del estudio 1.....	96
Figura 8. Diagrama hipotético de los modelos de mediación serial del estudio 2.....	99
Figura 9. Diagrama hipotético de los modelos de mediación serial del estudio 3.....	101
Figura 10. Modelo 1 de mediación serial del estudio 1.....	102
Figura 11. Modelo 2 de mediación serial del estudio 1.....	105

Figura 12. Modelo 3 de mediación serial en el estudio 1.....	106
Figura 13. Modelo 1 de mediación serial del estudio 2.....	107
Figura 14. Modelo 2 de mediación serial del estudio 2.....	110
Figura 15. Modelo 3 de mediación serial del estudio 2.....	112
Figura 16. Modelo 4 de mediación serial del estudio 2.....	113
Figura 17. Modelo 5 de mediación serial en el estudio 2.....	114
Figura 18. Modelo 6 de mediación serial en el estudio 2.....	115
Figura 19. Modelo de mediación moderada con la CdV global.....	118
Figura 20. Modelo de mediación moderada con la CdV psicológica.....	121
Figura 21. Modelo de mediación moderada con la CdV física.....	122
Figura 22. Modelo de mediación moderada con la CdV social.....	123
Figura 23. Modelo de mediación moderada con la CdV Ambiental.....	124

Índice de Tablas

Tabla 1. Tasas de recuperación y deterioro en los grupos de tratamiento de PsicAP.....	48
Tabla 2. Cronograma del contenido de las sesiones del protocolo PsicAP.....	51
Tabla 3. Características sociodemográficas de la muestra.....	78
Tabla 4. Línea base de las variables de estudio.....	80
Tabla 5. Efectos indirectos, totales y contrastes de los modelos de mediación serial del estudio 1.....	103
Tabla 6. Efectos indirectos y totales de los modelos de mediación serial del estudio 2.....	108
Tabla 7. Efectos indirectos condicionales de las variables mediadoras en los diferentes niveles del moderador.....	119

Lista de abreviaturas

ADIS-5: Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5.

AN: Afecto Negativo.

AP: Atención Primaria.

APA: American Psychiatry Association.

AUC: Area Under Curve.

AVC: Años Vividos con Discapacidad.

BI-ESEM-4SF: Bifactor-Exploratory Structural Equation Modeling-specific Factor.

CBT Lite: Programa canadiense de terapia cognitivo conductual de baja intensidad.

CdV: Calidad de Vida.

CIDI: Composite International Diagnostic Interview.

CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas.

DE: Desviación Estándar.

DDH: Dosis Diarias por cada 1.000 Habitantes.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado.

EE: Error Estándar.

RED: Estrategia de Regulación Emocional Desadaptativa.

ESEMeD: European Study of the Epidemiology of Mental Disorders.

FCED: Factor Cognitivo-Emocional Desadaptativo.

FG: Factor General.

GAD-7: Generalized Anxiety Disorder-7.

GBD: Global Burden Disease.

GC: Grupo Control.

GE: Grupo Experimental.

HF: Hiperactivación Fisiológica.

HSDR: Escala de Depresión de Hamilton.

IACTA-PB: Inventario de Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad-PB.

IAPT: Improving Access to Psychological Therapies.

IC: Intervalo de Confianza.

ISRS: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina.

ITT: Intención de tratar.

LiCBT: Light Cognitive Behavior Therapy.

M: Media.

MAP: Médico de Atención Primaria.

MCQ-NB: The Metacognitions Questionnaire-Negative Beliefs.

Me: Variable Mediadora.

Mo: Variable Moderadora.

NewAccess: Programa Australiano basado en el IAPT.

NHS: National Health System.

NICE: National Institute for Health and Care Excellence.

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PHQ: Patient Health Questionnaire.

PMHC: Prompt Mental Health Care.

PP: Por Protocolo.

PsicAP: Ensayo clínico Psicología en Atención Primaria.

PSWQ-A: Penn State Worry Questionnaire-Abbreviated.

PWP: Psychological Well-Being Practitioners.

RE: Regulación Emocional.

REA: Estrategias de Regulación Emocional adaptativas.

RED: Estrategias de Regulación Emocional desadaptativas.

RRS-B: Ruminative Response Scale-Brooding.

SCA: Síndrome Atencional-Cognitivo.

SCID: Structured Clinical Interview Mental Disorders.

SDS: Síntomas Depresivos Subclínicos.

SGIS: Subdirección General de Información Sanitaria.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences.

TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada.

TCC: Terapia Cognitivo Conductual.

TCC-TD: Terapia Cognitivo Conductual Transdiagnóstica.

TDM: Trastorno Depresivo Mayor.

TE: Trastorno Emocional.

TEPT: Trastorno de Estrés Post Traumático.

TH: Tratamiento Habitual.

TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo.

TSS: Trastorno de Síntomas Somáticos.

USM: Unidad de Salud Mental.

WHO: World Health Organization.

WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life-Abbreviated.

Resumen

Los trastornos emocionales (TE), como la ansiedad, la depresión o las somatizaciones son los trastornos mentales más prevalentes a nivel mundial. Los TE son una de las principales causas que contribuyen a la carga mundial relacionada con la salud, acarreando enormes costes económicos, así como elevados costes sociales y personales al impactar de manera negativa sobre la calidad de vida (CdV) y el funcionamiento diario de quienes los sufren. En España, y en muchos otros países, los TE son abordados principalmente en el ámbito de Atención Primaria (AP), donde con frecuencia se diagnostican erróneamente y son tratados mayoritariamente con psicofármacos (tratamiento habitual-TH). De hecho, España es el segundo país de Europa con el consumo más elevado de ansiolíticos y el tercero de antidepresivos. A pesar de esto, las guías clínicas internacionales, como la guía NICE o la guía APA, señalan que el tratamiento preferente para este tipo de trastornos es la terapia psicológica basada en la evidencia, como la terapia cognitivo conductual (TCC). La literatura científica ha mostrado ampliamente que la terapia psicológica es más eficaz que la terapia farmacológica a corto y largo plazo, igual o más eficaz que la terapia combinada (terapia psicológica más fármacos) a corto plazo, y más eficaz que esta última a largo plazo. Además, los pacientes habitualmente prefieren la terapia psicológica frente a la farmacológica, ya que los fármacos presentan más efectos adversos indeseables sobre el funcionamiento diario y la CdV. Debido a esto, en las últimas décadas diversos países han planteado proyectos a escala nacional para implementar en el contexto de AP tratamientos psicológicos basados en la evidencia para el abordaje de los TE, como es el caso del programa IAPT en Inglaterra, el programa NewAcces en Australia o el proyecto PsicAP en España. El proyecto PsicAP (Psicología en Atención Primaria) fue un ensayo clínico aleatorizado, realizado en ocho comunidades autónomas de todo el territorio español, y

cuyo objetivo fue ofrecer TCC transdiagnóstica (TCC-TD) en formato grupal para el tratamiento de los TE leves-moderados en el ámbito de AP. El presente trabajo tuvo como objetivo principal estudiar los efectos terapéuticos de este protocolo de TCC-TD para la mejora de la CdV, producida indirectamente a través del cambio en los síntomas emocionales (ansiedad, depresión y somatizaciones), las estrategias de regulación emocional desadaptativas (REDs) y los efectos de interacción de los antidepresivos. Para llevar a cabo estos objetivos generales, se plantearon tres estudios independientes con objetivos específicos: 1) el primer estudio consistió en investigar los mecanismos de acción de la TCC-TD que conducen a una mejora de la CdV, hipotetizando un efecto secuencial de la terapia psicológica sobre las REDs y los síntomas emocionales de ansiedad, depresión y somatizaciones; 2) el segundo estudio tuvo como objetivo principal investigar si el efecto de la TCC-TD sobre la CdV se producía a través de la reducción secuencial de síntomas emocionales, hipotetizando en primera instancia que, debido al perfil de pacientes (leves-moderados) y al tipo de programa aplicado (transdiagnóstico), la mejora en la CdV tras recibir TCC-TD podía estar producida por una reducción inicial de los síntomas de ansiedad o somatizaciones, y posteriormente, una mejora en los síntomas depresivos; 3) el tercer estudio tuvo como objetivo analizar el efecto de interacción de los antidepresivos con la TCC-TD para la reducción de los síntomas emocionales (ansiedad, depresión y somatizaciones) y la mejora de la CdV.

Para llevar a cabo estos estudios se utilizó una muestra de pacientes del ensayo PsicAP. En los centros de AP que participaron en el proyecto, los médicos de cabecera invitaban a participar en el ensayo a todos los pacientes de entre 18 y 65 años con diagnóstico previo o sospecha diagnóstica de un TE. Todos estos pacientes reclutados por los médicos de AP (MAP) eran derivados a una segunda fase de valoración, donde un psicólogo experto realizaba una sesión de evaluación y cribado para ver si el paciente

cumplía con los criterios de inclusión. Los pacientes se incluyeron en el ensayo si cumplían los puntos de corte predeterminados en al menos una de las subescalas para la medición de TE: GAD-7 (≥ 10 puntos), PHQ-9 (≥ 10 puntos) y PHQ-15 (≥ 10 puntos); y no cumplían ningún criterio de exclusión. Se reclutó a un total de 1.061 pacientes, que posteriormente fueron aleatorizados e incluidos a las dos condiciones experimentales del estudio, grupo control (GC, que recibe únicamente TH) y grupo experimental (GE, que recibe TCC-TD+TH). El ensayo PsicAP sigue un diseño de doble brazo y simple ciego, donde los evaluadores son ciegos antes y después del tratamiento, pero los pacientes solo pueden serlo en el pre-tratamiento. Para el desarrollo de los tres estudios de esta tesis se utilizaron datos por protocolo recogidos tras la finalización del tratamiento, que incluían a 623 pacientes que habían completado las fases de evaluación previa y posterior al tratamiento (TH = 313 vs TC-TD+TH = 310). Todos los pacientes completaron en las fases pre y post tratamiento instrumentos para la medida de síntomas emocionales (GAD-7, PHQ-9 y PHQ-15), la CdV (WHOQOL-Bref) y las estrategias de regulación emocional (RRS-B, PSWQ-A, IACTA-PB y MCQ-NB). Asimismo, rellenaron un cuestionario *ad hoc* donde se recogían diversas variables sociodemográficas y la información relativa al consumo de psicofármacos. Para poner a prueba las hipótesis específicas de cada estudio se plantearon un conjunto de análisis estadísticos basados en el paradigma de la mediación y la moderación. Así, para el estudio 1 y 2 se realizaron diversos modelos de mediación serial, y para el estudio 3 un conjunto de modelos de mediación moderada. Todos los análisis fueron realizados con el programa SPSS v.29 y la Macro PROCESS para este mismo software.

Los resultados del primer estudio mostraron que la mejora de la CdV tras recibir TCC-TD estaba mediada por la reducción en serie del uso de REDs y la reducción de síntomas emocionales. Es decir, la TCC-TD ayuda a mejorar la CdV a través de un efecto

indirecto en cascada, que comienza con la reducción de ciertas REDs (como la preocupación, la rumiación, la atención a las amenazas o las metacogniciones negativas) y sigue con la reducción de los síntomas de ansiedad, depresión y somatizaciones. Los resultados del segundo estudio mostraron que, para pacientes con una gravedad leve-moderada de TE, la TCC-TD produce un efecto en cascada donde, la mejora de la CdV viene producida por un efecto indirecto secuencial entre síntomas, que comienza con la reducción de los síntomas de ansiedad y/o somatizaciones y finaliza con la reducción de los síntomas depresivos. Finalmente, los resultados del tercer estudio mostraron que el uso concomitante de antidepresivos con la TCC-TD tiene un efecto de interferencia indeseable, ya que reduce directamente las mejoras sobre los síntomas de depresión, ansiedad y somatizaciones, e indirectamente las mejoras sobre la CdV, a través de un efecto de mediación moderada sobre los síntomas depresivos (con respecto a aquellas personas que reciben terapia psicológica y no toman medicación antidepresiva).

En definitiva, los resultados de esta tesis ponen de manifiesto que la adición de un protocolo de TCC-TD al TH, para el manejo de los TE en el entorno de AP, son una alternativa de tratamiento muy eficaz para mejorar la CdV de las personas que presentan una gravedad leve-moderada, ya que actúan a través de una acción indirecta sobre las REDs y los síntomas emocionales de ansiedad, depresión y somatizaciones. Además, parece ser que estos efectos terapéuticos son mayores cuando la terapia psicológica no se combina con el uso de fármacos antidepresivos.

Abstract

Emotional disorders (ED) such as anxiety, depression and somatization are the most prevalent mental disorders globally and nationally. They are one of the main contributors to the global health-related burden, entailing huge economic, but also high social and personal costs by negatively impacting on the quality of life (QoL) and daily functioning of those who suffer from them. In Spain, as in many other countries, ED are mainly treated in the Primary Care (PC) setting, where they are often misdiagnosed and treated only with psychotropic drugs (treatment as usual-TAU). In fact, Spain is the country with the second highest consumption of anxiolytics and the third highest consumption of antidepressants in Europe. Despite this, international clinical guidelines, such as the NICE guide or the APA guide, indicate that the preferred treatment for this type of disorder is evidence-based psychological therapy, such as CBT or TD-CBT, since scientific evidence has widely shown that psychological therapy is more effective than pharmacological therapy in the short and long term, equally or more effective than combined therapy (psychological therapy plus medication) in the short term, and more effective than the latter in the long term. In addition, patients usually prefer psychological therapy to pharmacological therapy, as the latter has more undesirable adverse effects on daily functioning and QoL. Because of this, in the last decade several countries have proposed projects at national level to implement evidence-based psychological treatments in the PC context for the management of ED, such as the IAPT programme in England, the NewAcces programme in Australia or the PsicAP project in Spain. The PsicAP (Psychology in Primary Care) project was a randomised clinical trial, conducted in 8 autonomous communities throughout Spain, whose aim was to offer transdiagnostic cognitive behavioural therapy (TD-CBT) in group format for the treatment of mild-moderate ED in the PC setting. The main aim of the present work was to study the

therapeutic effects of this TD-CBT protocol for the improvement of QoL, produced indirectly through the change in emotional symptoms (anxiety, depression and somatization), maladaptive emotional regulation strategies (MERS) and the interaction effects of antidepressants. In order to carry out these general objectives, three independent studies with specific objectives were proposed: 1) the first study consisted of investigating the mechanisms of action of TD-CBT leading to an improvement in QoL, hypothesising a sequential effect of psychological therapy on MERS and emotional symptoms of anxiety, depression and somatizations; 2) the second study aimed to investigate whether the effect of TD-CBT on QoL was produced through the sequential reduction of emotional symptoms, hypothesising in the first instance that, due to the patient profile (mild-moderate) and the type of programme applied (transdiagnostic), the improvement in QoL after receiving TD-CBT could be produced by an initial reduction in anxiety symptoms or somatizations, and subsequently, an improvement in depressive symptoms; 3) the third study aimed to analyze the interaction effect of antidepressants with TD-CBT for the reduction of emotional symptoms (anxiety, depression and somatization) and QoL.

A sample of patients from the PsicAP trial, collected during the years 2014-2019, was used to carry out these studies. In PC centers, general practitioners (GPs) invited all patients aged 18-65 years with a previous diagnosis or suspected diagnosis of ED to participate in the trial. All these patients recruited by the GPs were referred to a second phase, where an expert psychologist conducted an assessment and screening session to see if the patient met the inclusion criteria. Patients were included in the trial if they met predetermined cut-off points on at least one of the subscales for measuring ED: GAD-7 (≥ 10 points), PHQ-9 (≥ 10 points) and PHQ-15 (≥ 10 points); and did not meet any exclusion criteria. A total of 1.061 patients were recruited and subsequently randomised and included in the two experimental conditions of the study, control group (CG,

receiving TAU only) and experimental group (EG, receiving TD-CBT+TAU). Thus, the PsicAP trial follows a double-arm, single-blind design, where evaluators are blinded before and after treatment, but patients can only be blinded at pre-treatment. For the development of the three studies in this thesis, per protocol data collected after trial treatment were used, which included 623 patients who had completed the pre- and post-treatment assessment phases (TAU= 313 vs. TC-CBT+TAU= 310). All patients completed in the pre- and post-treatment phases instruments for the measurement of emotional symptoms (GAD-7, PHQ-9 and PHQ-15), QoL (WHOQOL-Bref) and emotional regulation strategies (RRS-B, PSWQ-A, IACTA-PB and MCQ-NB). They also filled in an *ad hoc* questionnaire which collected several socio-demographic variables and information on the consumption of psychotropic drugs. In addition, to test the specific hypotheses of each study, a set of statistical analyses based on the mediation and moderation paradigm were used. Thus, a number of serial mediation models were conducted for study 1 and 2, and a set of moderated mediation models for study 3. All analyses were carried out with SPSS v.29 and Macro PROCESS for SPSS v.29.

The results of the first study showed that the improvement of QoL after receiving TD-CBT was mediated by the serial reduction of the use of maladaptive cognitive-emotional strategies and the reduction of emotional symptoms. That is, TD-CBT helps to improve QoL through an indirect cascade effect, starting with the reduction of certain MERS (such as worry, rumination, attention to threat and negative metacognitions) and followed by the reduction of anxiety, depression and somatization symptoms. The results of the second study showed that, for patients with mild-moderate severity of ED, TD-CBT produces a cascade effect where, the improvement of QoL is produced by a sequential indirect effect between symptoms, starting with the reduction of anxiety and/or somatization symptoms and ending with the reduction of depressive symptoms. Finally,

the results of the third study showed that the concomitant use of antidepressants with TD-CBT has an undesirable interference effect, as it directly reduces improvements in depressive symptoms, anxiety and somatization, and indirectly reduces improvements in QoL through a moderate mediation effect on depressive symptoms (compared to those receiving psychological therapy and not taking antidepressant medication).

In short, the results of this thesis show that the addition of a TD-CBT protocol to TAU, for the management of ED in the PC setting, is a very effective treatment alternative to improve the QoL of people with mild-moderate severity, as it acts through indirect action on maladaptive emotional regulation strategies and emotional symptoms of anxiety, depression and somatization. Moreover, it appears that these therapeutic effects are greater when psychological therapy is not combined with the use of antidepressant drugs.

1. Introducción

1.1. Los trastornos emocionales.

Los trastornos emocionales (TE) constituyen un conjunto de alteraciones psicológicas caracterizadas por la intensidad prolongada y desajustada de emociones de valencia negativa o desagradable, y que dificultan la adaptación o el desarrollo de una conducta adaptativa por parte de la persona que los padece. Estos trastornos se manifiestan cuando las emociones, que en condiciones normales cumplen una función evolutiva y adaptativa, no son reguladas adecuadamente y se vuelven desproporcionadas y difíciles de gestionar para el individuo. De esta forma, las emociones en lugar de contribuir al bienestar de la persona se convierten en barreras que impactan negativamente en la calidad de vida (CdV) y el funcionamiento diario (Cano-Vindel, 2011).

Los TE engloban toda una serie de trastornos mentales como los trastornos adaptativos de tipo ansioso, depresivo o mixto (Domínguez Rodríguez et al., 2017; Herrero Gómez & Cano-Vindel, 2010; Martínez et al., 2014), los trastornos de ansiedad como el trastorno de pánico (Onur et al., 2013; Tull, 2006), el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (Deleurme et al., 2023; Tsypes et al., 2013), el trastorno de estrés post traumático (TEPT) (Specker & Nickerson, 2019) o la fobia social (Kim, 2018), los trastornos del estado de ánimo como el trastorno depresivo mayor (TDM) (Kököneyi et al., 2024; Vanderlind et al., 2022; Xu et al., 2022) o distimia (Warren, 2012), el trastorno de síntomas somáticos (TSS) (Schnabel, Petzke, et al., 2022; Schnabel, Schulz, et al., 2022; Warren, 2012) y algunos trastornos del sueño como el insomnio o los terrores nocturnos (Demichelis et al., 2023; Meneo et al., 2023; Yang et al., 2023). De entre todos estos TE, tres de ellos son especialmente relevantes debido a su alta prevalencia y carga

mundial relacionada con la salud: el TDM, el TAG y el TSS (GBD, 2022; Yang et al., 2021).

1.1.1. Los trastornos emocionales en las clasificaciones internacionales.

En el DSM-5-TR el TDM se engloba dentro de la categoría *Trastornos depresivos*, donde comparte espacio con otros 8 trastornos del estado de ánimo (APA, 2022). Para realizar un diagnóstico de TDM se debe realizar una entrevista clínica y detectar que se cumplen una serie de criterios: 1) encontrar un mínimo de 5 de los 9 síntomas del criterio A, 2) que estos estén presentes durante un tiempo mínimo de dos semanas, 3) que alguno sea la pérdida de interés/placer o un estado de ánimo deprimido, 4) que todo esto genere un malestar clínicamente significativo, y 5) que los síntomas no se expliquen mejor por una afección médica, consumo de sustancias o la presencia de otro trastorno mental. En la actualidad, existen varios instrumentos en la modalidad de entrevista clínica semiestructurada para la detección del TDM, como son la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la Organización Mundial de la Salud (CIDI) (Robins, 1988) o la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del DSM-5 (SCID) (First, 2015), entre otros. El TDM es uno de los trastornos mentales más complejos y difíciles de tratar (Belvederi Murri et al., 2019), y debido a la variedad de síntomas y a las posibles combinaciones de estos, existen múltiples perfiles de pacientes (Fried & Nesse, 2015), con un deterioro funcional más o menos grave (Fried & Nesse, 2014). Además, los síntomas depresivos subclínicos (SDS), es decir, la presencia de síntomas depresivos, pero sin que estos lleguen a constituir un diagnóstico de TDM, suponen también un importante malestar clínico y son uno de los principales predictores del TDM grave (Lee et al., 2019; McIntyre et al., 2014).

El TAG se encuentra dentro del capítulo *Trastornos de ansiedad* del DSM-5-TR, donde comparte categoría con otros 8 trastornos de ansiedad (APA, 2022). Según el

manual, para el diagnóstico de TAG es necesario que exista un nivel de ansiedad y preocupación excesivos sobre diversos acontecimientos o actividades, persistente, difícil de controlar por parte de la persona y asociados a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica. Además, todos estos síntomas deben estar presentes la mayoría de los días durante un mínimo de 6 meses. Asimismo, se debe especificar si el TAG se presenta con o sin somatizaciones. Para realizar un diagnóstico clínico de TAG es necesaria la aplicación de una entrevista estructurada como la *Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5)* (Brown & Barlow, 1998), que permita conocer si se cumplen los criterios clínicos para el diagnóstico. De igual forma que ocurre con los síntomas depresión, los síntomas de ansiedad (aunque estos no lleguen a constituir un diagnóstico de TAG) son uno de los problemas con mayor impacto en salud física y mental, generando altos niveles de malestar y discapacidad funcional (Bauer-Staeb et al., 2023; Stafseth et al., 2022).

Finalmente, encontramos el TSS, uno TE con cierto nivel de controversia en la comunidad científica (Cosci & Fava, 2016; Czachowski, 2023). En el DSM-IV, las somatizaciones se recogen en el capítulo *Trastornos somatomorfos*, donde se presentan 7 trastornos diferentes: trastorno por somatización, trastorno por conversión, hipocondría, trastorno dismórfico corporal, trastorno por dolor, trastorno somatomorfo indiferenciados y trastorno somatomorfo sin otra especificación. Los trastornos somatomorfos se engloban bajo la característica común de la existencia de sintomatología física que podría ser compatible con una enfermedad médica, pero donde no existe una justificación médica que explique por completo dicha sintomatología. Sin embargo, esta clasificación presenta algunas limitaciones, como la elevada superposición de estos trastornos entre sí, la escasa claridad de límites entre unos trastornos y otros, y la excesiva focalización en la sintomatología física (Modrego-Muñoz et al., 2018). Debido a esto, con la llegada del

DSM-5 los trastornos somatomorfos se reorganizan y forman una nueva categoría llamada *Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados*. Esta nueva categoría engloba bajo el término TSS tres de los trastornos somatomorfos del DSM-IV: trastorno de somatización, trastorno somatomorfo y trastorno por dolor. El TSS se caracteriza por la presencia de al menos un síntoma somático, que genera un malestar significativo en la vida diaria de la persona y que se asocia a la presencia de pensamientos, sentimientos y conductas relacionadas al mismo (APA, 2022). Además, estos comportamientos, pensamientos o sentimientos suponen una cantidad de tiempo desproporcionados y se acompañan con niveles elevados de ansiedad. El TSS puede ser considerado leve, moderado o grave en función de si existen una o más de las siguientes características: pensamientos desproporcionados o persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas, grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas, y tiempo y energía excesivos dedicados a estos síntomas o a la preocupación por la salud. Esta nueva concepción de los trastornos relacionados con las somatizaciones ya no requiere estrictamente la presencia de síntomas somáticos en ausencia de explicación médica e incorpora la dimensión psicológica como parte fundamental del diagnóstico. Asimismo, es importante tener en cuenta que el TSS se encuentra asociado a altas tasas de comorbilidad con otras enfermedades médicas y trastornos mentales como el TDM o el TAG (Barsky et al., 2005), haciendo que la comorbilidad con estos trastornos sea habitualmente la norma y no la excepción (Ionescu et al., 2021).

1.1.2. Prevalencia global y nacional de los trastornos emocionales.

La implementación de criterios diagnósticos operativos para los trastornos mentales a finales de la década de 1970, así como su posterior inclusión en la taxonomía DSM, representaron un avance fundamental para los estudios epidemiológicos en el

campo de la salud mental. Este avance permitió realizar a los investigadores estimaciones de la prevalencia discreta y combinada de diversos trastornos como el TDM, el TAG o el TSS.

En el año 2014 se publicó uno de los primeros metaanálisis sobre las encuestas epidemiológicas de diferentes países del mundo en el período 1980-2013, con el objetivo de informar sobre la prevalencia combinada de los trastornos mentales comunes (Steel et al., 2014). Hasta la fecha, la mayoría de los trabajos habían centrado su atención únicamente en revisiones sobre la prevalencia discreta de algún trastorno mental específico, como el caso del TDM (Ferrari et al., 2013) o los trastornos de ansiedad (Baxter et al., 2013), y principalmente en el continente europeo (Wittchen & Jacobi, 2005, 2011). El metaanálisis realizado por Steel et al. (2014) incluyó 174 encuestas realizadas a lo largo de 63 países y una muestra combinada de más de 800.00 participantes. Según este trabajo, el 17,6% de los encuestados cumplía en el momento de realizar la encuesta, o durante los 12 meses anteriores, los criterios para algún trastorno mental común; y aproximadamente un 29,2% los había cumplido en algún momento de su vida. Entre los trastornos mentales comunes estudiados, las tasas para los trastornos del estado de ánimo (5,4%) y de ansiedad (6,7%) fueron las más altas. Asimismo, se encontró un efecto consistente del género en la prevalencia de estos TE, ya que las mujeres presentaron tasas más altas de los trastornos del estado de ánimo (7,3%) y de ansiedad (8,7%) que los hombres (4% y 4,3%, respectivamente). En el trabajo de Steel et al. (2014) no se incluyeron las somatizaciones como objeto de estudio, probablemente por el problema de delimitación conceptual que se ha comentado en el epígrafe anterior y el elevado nivel de solapamiento con otras afecciones médicas y psicológicas. Sin embargo, otros estudios estimaron discretamente la prevalencia de las somatizaciones en torno a un 4,4% (Kirmayer et al., 2004; Toft et al., 2005; Vos et al., 2015), siendo esta cifra muy

conservadora, ya que como señala Sánchez-García (2014), las somatizaciones son uno de los TE más infradiagnosticados en la población general. Asimismo, es importante tener en cuenta que las somatizaciones presentan un alto grado de comorbilidad con otros trastornos como la ansiedad o la depresión (Modrego-Muñoz et al., 2018). En esta línea, Gorosabel (2013) informó de que un alto porcentaje de pacientes con un diagnóstico de depresión y ansiedad presentaban somatizaciones como: cansancio y problemas de sueño (80%), dolor de cabeza (74%), dolor de estómago o extremidades (50%), palpitaciones (67%), mareos (50%), síntomas gastrointestinales (44%) y desmayos (13%).

Cinco años después, en el año 2019, se publicó por parte del *Global Burden Disease* un estudio sobre la carga mundial de los trastornos mentales en el periodo 1990-2019, con el objetivo de realizar una actualización de la literatura existente (GBD, 2019). Este trabajo, aparte de proporcionar la prevalencia de 12 trastornos mentales, proporcionó una estimación de la relación entre estos trastornos mentales y la cantidad de años vividos con discapacidad (AVAD-año de vida ajustado por discapacidad). Según este trabajo, los casos de trastorno mental en general se estimaban en 654,8 millones en el año 1990 y en 970,1 millones en el año 2019, lo que supone un aumento del 48,1% de los trastornos mentales durante los últimos 30 años. En los análisis de prevalencia se observó que la prevalencia global de los trastornos depresivos fue del 3,76% y la de los trastornos de ansiedad del 4,05%. Sin embargo, en Europa la prevalencia de ambos trastornos fue mayor que la media global, un 4,37% para los trastornos depresivos y un 5,15% para los trastornos de ansiedad. Las diferencias en cuanto al género se mantuvieron similares al estudio realizado por Steel et al. (2014). Por otro lado, los análisis de metaregresión para estudiar la relación entre los AVAD y los trastornos mentales mostraron que los trastornos depresivos y de ansiedad fueron los que más contribuyeron a los AVAD. En concreto, los trastornos depresivos representaron la mayor proporción de AVAD en el año 2019

(37,3%) y los trastornos de ansiedad la segunda (22,9%), lo que supone que aproximadamente el 60,2% de los AVAD pueden ser atribuidos solamente a estos dos TE. Uno de los aspectos más relevantes que se derivaron de este trabajo fue que no se detectó ninguna reducción significativa en la prevalencia o carga relacionada con la salud de ninguno de los trastornos desde 1990, a pesar de los esfuerzos globales para el tratamiento de estos trastornos. En el caso de las somatizaciones, encontramos que un metaanálisis reciente que incluyó 59 artículos de revisión también informó de un aumento en los casos de TSS en la población general, señalando una prevalencia del 13% (Löwe et al., 2022), una cifra significativamente más alta que la informada anteriormente (4,4%) (Kirmayer et al., 2004; Toft et al., 2005; Vos et al., 2015). Es importante tener en cuenta que, tal y como señalan Löwe et al. (2022), esta cifra puede encontrarse algo distorsionada, ya que la mayoría de trabajos epidemiológicos sobre el TSS no se basan en un diagnóstico clínico, sino en medidas de autoinforme o cumplimientos parciales de los criterios del DSM-5, por lo que quizá sería más correcto hablar de prevalencia de síntomas somáticos o somatizaciones.

La aparición de la pandemia de la COVID-19 en el año 2020 ha sido uno de los eventos mundiales recientes que más ha contribuido al aumento directo e indirecto de la prevalencia y costes de los trastornos mentales en general, y de los TE en particular (Santomauro et al., 2021). Las restricciones sociales, los confinamientos, el cierre de escuelas y empresas, la pérdida de medios de vida, la disminución de la actividad económica y el cambio de prioridades de los gobiernos en su intento por controlar los brotes del virus tuvieron un efecto muy importante sobre la salud mental de la población. En el año 2021 se publicó otro estudio por parte del *Global Burden Disease*, que tuvo como objetivo incorporar el efecto de la pandemia COVID-19 al trabajo realizado en el año 2019, abarcando así el periodo de 1990-2020 (Santomauro et al., 2021). Este trabajo

informó que durante el año 2020, se estimaron 52,8 millones de casos adicionales de trastornos depresivos y 76,2 millones de casos adicionales de trastornos de ansiedad. Estas cifras suponen un aumento del 27,6% de los trastornos depresivos y un aumento del 25,6% de los trastornos de ansiedad en tan solo 1 año. Estos datos fueron respaldados por el informe del año 2022 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), donde se informaba de un aumento global de los trastornos mentales y, específicamente, de un aumento de los trastornos depresivos (un 28% más de casos) y de ansiedad (un 26% más de casos).

En España, los datos sobre la prevalencia de los TE son más elevados. El estudio del *Global Burden Disease* del año 2019 situó a España como el tercer país con la prevalencia global más alta de trastornos depresivos (6,04%) y como el quinto país en los trastornos de ansiedad (5,42%). Asimismo, de igual forma que en el ámbito internacional, desde la pandemia de la COVID-19 en España se ha observado un aumento en la prevalencia de los TE (Valiente et al., 2021). En el año 2021, la *Subdirección General de Información Sanitaria* del gobierno de España publicó el informe sobre salud mental y prevalencia de los trastornos mentales comunes (SGIS, 2021). Este informe recoge la información clínica de una muestra de 4,8 millones de historias clínicas de personas asignadas a los servicios de Atención Primaria (AP) del Sistema Nacional de Salud (SNS). El informe reveló que el TDM tiene una prevalencia del 4,1% (5,9% mujeres y 2,3% hombres), pero que si se incluyen los SDS la cifra aumenta hasta el 12%, con un empeoramiento significativo en la franja de edad de los 75 a 84 años. En el caso del TAG, la prevalencia general se sitúa en el 6,7% (8,8% mujeres y 4,5% hombres) y si se incluyen los síntomas de ansiedad subclínicos la cifra aumentaba hasta el 18%. El TSS tiene una prevalencia global del 5,5% (6,6% mujeres y 4,3% hombres); en el informe no se recoge información sobre las somatizaciones subclínicas, pero una encuesta realizada por el CIS

en el año 2021 informó que los síntomas físicos con mayor prevalencia en la población general eran: cansancio (51,9%), insomnio (41,9%), dolores de cabeza (38,7%), de espalda (37,9%), de articulaciones (33,1%) y palpitaciones (22,7%). Asimismo, un 15,8% de la población (9,4% hombres y 22% mujeres) informó haber experimentado ataques de pánico y, adicionalmente, se detectó un posible trastorno de pánico en el 11,3% de las personas que respondieron a la encuesta (CIS, 2021). El informe de la *Subdirección General de Información Sanitaria* concluyó que la prevalencia global de los trastornos mentales comunes afectaba a un 27,4% de las personas asignadas a la AP del SNS, y que los trastornos depresivos, de ansiedad y por somatización eran los trastornos con una mayor prevalencia en la población.

En definitiva, los TE como el TDM, el TAG o el TSS son los trastornos mentales más prevalentes desde hace más de una década, tanto en el ámbito internacional como nacional (GBD, 2019; Steel et al., 2014; Vos et al., 2017; WHO, 2022; WHO, 2017), y han experimentado un incremento significativo en los últimos años debido a la pandemia de la COVID-19 (Santomauro et al., 2021; WHO, 2022).

1.1.3. Impacto de los trastornos emocionales en la calidad de vida.

El concepto de CdV tiene su origen en la década de 1930, pero no es hasta los años 70 del siglo pasado cuando se investiga y se desarrolla científicamente (Ramírez-Coronel et al., 2020). La CdV es un concepto teórico multidimensional que engloba campos como el bienestar psicológico, la salud física, la vida social o el desarrollo económico (Felce & Perry, 1995); sin embargo, no existe un consenso claro sobre la definición de este constructo, siendo en la mayoría de las ocasiones dependiente de la disciplina desde la que se estudie.

Desde el ámbito de la salud, la definición que cuenta con un mayor apoyo y reconocimiento global es la ofrecida por la OMS en el año 1995, a partir de los estudios desarrollados por el grupo de trabajo *The WHOQOL Group*, un consorcio de 15 centros colaboradores de todo el mundo. Este grupo definió la CdV como “la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares e inquietudes. Es un concepto amplio afectado de manera compleja por la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y la relación de la persona con las características destacadas de su entorno” (OMS, 1995). Esta definición surge de la necesidad por parte de la OMS de conceptualizar un constructo que permitiese la medición de la salud y los efectos de la asistencia sanitaria ofrecida, ya que según la propia OMS “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, más allá de la ausencia única de enfermedad” (OMS, 1946). De esta forma, la CdV emerge como un constructo que permite valorar el impacto de las enfermedades (efectos y gravedad) y el tratamiento sanitario ofrecido al considerar la CdV como una estimación del bienestar objetivo y subjetivo de la persona. Además, establece claramente que la CdV es un concepto multidimensional donde se pueden distinguir aspectos psicológicos, físicos, sociales y ambientales (OMS, 1995). La OMS, junto al *The WHOQOL Group*, desarrollaron dos instrumentos para medir de forma cuantitativa la CdV: el WHOQOL-100 y el WHOQOL-Bref; lo que permitió realizar estudios sobre la CdV en todo el mundo, motivando la colaboración interdisciplinar con campos como la medicina, la política o la psicología (Ramírez-Coronel et al., 2020).

Existen múltiples estudios en el campo de la salud mental que han relacionado los TE con una disminución de la CdV, como la depresión (Rezaiye et al., 2023; Rong et al., 2019; Vilhauer et al., 2013; Zhou et al., 2022, 2023; Zwick et al., 2023), la ansiedad

(Beard et al., 2010; Comer et al., 2011; Hofmann et al., 2014; Primiano et al., 2014; Wyrwich et al., 2009) y las somatizaciones (Gili et al., 2014; Grassi et al., 2020; Grochtdreis et al., 2023; Luo et al., 2014; Mahrer et al., 2012; van Westrienen et al., 2020).

Un estudio reciente investigó la interacción entre los síntomas depresivos, el funcionamiento y la CdV (Zhou et al., 2023). Según esta investigación, ciertos síntomas como la ideación suicida o las conductas autolíticas están directamente vinculados con una baja CdV, mientras que otros, como el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés en las actividades diarias, afectan indirectamente a la CdV a través del deterioro en el funcionamiento. Un estudio anterior (Alessandrini et al., 2016), que empleó modelos de ecuaciones estructurales, también evidenció una conexión directa entre el TDM y una peor CdV, así como una conexión indirecta mediada por el funcionamiento. Asimismo, también se ha encontrado evidencia de que los síntomas depresivos se encuentran asociados con una CdV más baja, especialmente en los dominios psicológico, físico y social (Freitas et al., 2023; González-Blanch, Hernández-de-Hita, et al., 2018).

La relación entre los trastornos de ansiedad y el deterioro en la CdV también se encuentra bien establecida en la literatura (Beard et al., 2010). Uno de los metaanálisis más relevantes realizados para estudiar la relación entre los trastornos de ansiedad y la CdV fue el de Olatunji et al. (2007), el cual incluyó muestra de población general, muestras clínicas y muestras de AP. Todos los trastornos de ansiedad se relacionaron con puntuaciones más bajas de CdV y no hubo diferencias significativas entre ellos, pero el TEPT, el TAG y el Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) mostraron un mayor deterioro de la CdV. Un trabajo posterior estudió más en profundidad las posibles diferencias de los diferentes trastornos de ansiedad en los diversos dominios de CdV (Beard et al., 2010). En este estudio se encontró que el TOC se encontraba especialmente relacionado con una peor CdV física; el TAG y las fobias específicas con una peor CdV psicológica; y el TEPT

con una peor CdV social y general (fue el trastorno con mayor impacto en la CdV). Asimismo, el trabajo también mostró que aquellos pacientes con diagnósticos comórbidos de TDM o afecciones médicas junto a algún trastorno de ansiedad obtenían peores puntuaciones de CdV que aquellos con un diagnóstico único.

Finalmente, las somatizaciones también han mostrado ser uno de los TE con mayor impacto en la CdV. Un estudio transversal del año 2020 comparó la CdV de tres grupos que experimentaban somatizaciones: población general (síntomas leves o inexistentes), pacientes con síntomas moderados y pacientes con síntomas crónicos (van Westrienen et al., 2020). Los resultados mostraron un continuo entre el empeoramiento de los síntomas físicos y las puntuaciones de CdV; es decir, los pacientes crónicos son los que mostraron peores puntuaciones de CdV, seguidos por los pacientes con síntomas moderados y, finalmente, la población general. Otro estudio realizado en Estados Unidos con pacientes de clínicas gratuitas encontró resultados similares, ya que las personas con mayores niveles de somatización mostraban una peor CdV, agravándose los efectos sobre esta cuando existía un trastorno depresivo comórbido o los síntomas somáticos eran más graves (Kamimura et al., 2014).

En definitiva, existe literatura científica extensa que indica un impacto significativo de los TE como la depresión, la ansiedad o las somatizaciones en la CdV. Mostrando además un empeoramiento en la CdV cuando los síntomas de estos trastornos son más graves o se presentan diagnósticos comórbidos entre ellos y/o afecciones médicas relevantes.

1.1.4. Impacto económico de los trastornos mentales y los trastornos emocionales.

Los trastornos mentales no solo generan un elevado coste social y personal, sino también económico (Parés-Badell et al., 2014; Ruiz-Rodríguez et al., 2018; Whiteford et

al., 2016; Wittchen & Jacobi, 2011). Según el estudio desarrollado por Arias et al. (2022), la estimación de los costes económicos globales para los trastornos mentales es de 4,7 billones de dólares anuales y, si se ajustan las estimaciones a la incertidumbre que rodea a estos trastornos, las cifras aumentan hasta los 6,9 billones de dólares anuales.

En España, los costes de los trastornos mentales se han cifrado en aproximadamente 45.988 millones de euros, el 4,4% del PIB, mientras que los trastornos depresivos, los de ansiedad y las somatizaciones alcanzarían un gasto total de 22.778 millones de euros (2,2% del PIB), casi la mitad del coste de todos los trastornos mentales (Parés-Badell et al., 2014). Estos datos no incluyen los casos subclínicos, que según los datos del proyecto *The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders-Spain* (ESEMeD-España) son aproximadamente un 10% de la población española. Tampoco están incluidos los sobrecostes de pacientes que teniendo problemas crónicos de salud (entorno al 16% de prevalencia) presentan trastornos de ansiedad y depresivos comórbidos (aproximadamente la mitad, un 8%), cuyos costes se duplican. Es decir, los problemas de ansiedad y depresión presentes en un elevado número de personas acarrearán costes enormes, y podría incluso llegar a estar infraestimados, siendo mucho mayores de 23.000 millones de euros al año. Estos datos corresponden al año 2010, pero conociendo los datos sobre el aumento de prevalencia y demanda de personas con problemas de salud mental se puede inferir que estos costes son mayores en la actualidad. En este sentido, un informe reciente (IQVIA, 2022) ha mostrado que solo los costes directos de consumo de productos relacionados con el bienestar emocional para reducir la ansiedad y la depresión tuvieron un aumento en 2021 del 27%, alcanzando los 1,514 millones de euros, en comparación con los años 2019 y 2020, que fueron de 1,307 y 1,189 millones de euros, respectivamente. De esta forma, el informe estima que, de seguir esta línea ascendente al mismo ritmo que los últimos años, en 2025 los costes directos asociados a estas patologías

llegarían a ser un 30% mayores que en la actualidad. Asimismo, se estimó que los costes relacionados con el consumo de psicofármacos en España ascienden a unos 772 millones de euros, lo que representa menos del 3% de los costes totales asociados a los TE. Aunque esta tendencia muestra un descenso, su baja eficacia y el hecho de que muchos casos tratados con estos fármacos tienden a la cronicidad, hace que sean un gasto considerable, tanto en términos de atención sanitaria como en la pérdida de productividad.

1.2. Los trastornos emocionales en Atención Primaria

La mayoría de los problemas de salud mental se abordan en el contexto de AP, tanto a nivel nacional (Fernández et al., 2012; Roca et al., 2009) como internacional (Ansseau et al., 2004; Olariu et al., 2015). Entre los diversos problemas de salud mental que se atienden en AP, los TE como los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y somatomorfos son los más prevalentes (Kroenke et al., 2007; Mitchell et al., 2009; Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, Ruiz-Rodríguez, et al., 2017; Roca et al., 2009). Uno de los estudios nacionales más exhaustivos sobre esta prevalencia fue el desarrollado por Roca et al. (2009). Este trabajo fue una investigación epidemiológica transversal que incluyó datos de aproximadamente 8.000 pacientes de AP, recogidos mediante el cuestionario de Evaluación de Trastornos Mentales en Atención Primaria (PRIME-MD) y 1.925 MAP. Según este estudio, los trastornos mentales más prevalentes en AP fueron: los trastornos afectivos (35,8%), los trastornos de ansiedad (25,6%) y los trastornos somatomorfos (28,8%). Asimismo, se observó que el 53,6% de los pacientes presentaba uno o más trastornos psiquiátricos y que el 11,5% presentaba comorbilidad entre estos tres trastornos. Otros trabajos han informado de cifras similares que oscilan entre el 26% y el 60% para la prevalencia de los trastornos mentales comunes en AP (Ansseau et al., 2004; J. Norton et al., 2007). Esta horquilla tan amplia en los datos de prevalencia se debe fundamentalmente a la metodología de los estudios y a los instrumentos de diagnóstico utilizados en ellos.

En España, así como en otros países europeos, la atención a la salud mental está integrada en el Sistema Nacional de Salud (SNS) a nivel de atención especializada, en las llamadas Unidades de Salud Mental (USM). Sin embargo, debido a los largos tiempos de espera para acceder a un tratamiento en las USM, así como a los recursos disponibles, la mayoría de los casos de salud mental son tratados por los MAP, especialmente aquellos

leves y moderados, derivando a las USM únicamente los casos más graves (Bellón et al., 2020). Este hecho, junto a los reducidos tiempos de consulta, la alta carga asistencial y la escasa formación de los MAP en tratamientos psicológicos y/o herramientas de diagnóstico psicológicas (Aguilera-Martín et al., 2022; Bellón et al., 2020), conduce frecuentemente a diagnósticos erróneos (Mitchell et al., 2009; Murray et al., 2016; Olariu et al., 2015), a tratamientos insuficientes (Chisholm et al., 2016), a infradiagnósticos (Cabrera Mateos et al., 2018; Olariu et al., 2015) o sobrediagnósticos (Aragones, 2006); lo que supone un grave problema, ya que un error de diagnóstico reduce drásticamente la probabilidad de que la persona reciba el tratamiento adecuado (Moreno & Moriana, 2012). De hecho, a pesar de la alta prevalencia de los TE en AP, aproximadamente un 40% de los pacientes no recibe ningún tratamiento y solo un 30% recibe un tratamiento basado en la evidencia (Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, Ruiz-Rodríguez, et al., 2017).

1.2.1. Tratamiento habitual

Como se ha comentado, la primera toma de contacto de cualquier paciente con el SNS es a través del MAP en el contexto de AP. Los MAP, debido a diversos factores como la alta carga asistencial, los reducidos tiempos de consulta (en la mayoría de los casos inferior a 7 minutos), las dificultades para realizar un diagnóstico preciso y la escasa formación en tratamientos basados en la evidencia para los trastornos mentales comunes dispensan lo que se conoce como tratamiento habitual (TH). En la mayoría de las ocasiones, el TH consiste en la prescripción de psicofármacos (como ansiolíticos, antidepresivos o hipnóticos), en consejo médico informal o en ningún tratamiento, como mantener al paciente en observación (Watts et al., 2015). Sin embargo, no existe un consenso y unas pautas claras sobre en qué consiste exactamente el TH, ya que cada MAP puede actuar en base a sus conocimientos y orientación clínica (Bellón et al., 2020). Un

metaanálisis realizado en el año 2015 con ensayos clínicos controlados sobre la eficacia de diversas terapias psicológicas frente al TH para el tratamiento de los trastornos mentales comunes tuvo como objetivo examinar la definición operativa de TH (Watts et al., 2015). Según este trabajo, que incluyó 48 ensayos clínicos, en la mayoría de las ocasiones (a pesar de la alta heterogeneidad de definiciones) el TH consistió en cualquier tratamiento farmacológico recetado y en la discusión de los problemas del paciente con el MAP; en muy pocos casos la derivación a atención especializada y la terapia psicológica formó parte del TH.

Este hecho ha llevado a un aumento global de la prescripción y consumo de psicofármacos, lo que a su vez ha conducido a una excesiva sobremedicalización de la vida diaria (Quemel et al., 2021; Spence, 2013). Un estudio longitudinal publicado recientemente ha informado sobre las tendencias globales del consumo de medicamentos psicotrópicos en 65 países entre los años 2008-2019 (Brauer et al., 2021). Según este trabajo, la venta global de medicamentos psicotrópicos ha aumentado a un ritmo promedio del 4%, pasando de 28,5 dosis diarias por cada 1.000 habitantes (DDH) en el año 2008 a 34,7 DDH en el año 2019. El aumento absoluto fue más pronunciado en los países con ingresos altos que en los países con ingresos medios y bajos. Sin embargo, el aumento relativo fue más marcado en los países de ingresos medios. En términos regionales, las cifras más altas se registraron en el año 2019 en Portugal (249 DDH), Bélgica (200 DDH), España (198 DDH), Suecia (170 DDH), Canadá (168 DDH) y Norte América (167, 5 DDH). Otros trabajos centrados en la prevalencia de países específicos también han observado un aumento general de la prescripción, ventas y consumo general de psicofármacos, como Inglaterra (Rabeea et al., 2021), Australia (Stephenson et al., 2013), Italia (Gualano et al., 2014) o Taiwán (Wu et al., 2012).

En España, el último informe de la *Subdirección General de Información Sanitaria* ha confirmado también un aumento constante en la prescripción de medicamentos psicotrópicos (SGIS, 2021). Este informe recoge los datos de los fármacos dispensados por los MAP y los servicios de atención especializada una vez han sido prescritos y retirados por los usuarios en un punto farmacéutico. Es decir, se recoge la prescripción, no el consumo, por lo que es esperable que las cifras reales de consumo sean aún más elevadas que las informadas en el reporte. Los psicofármacos representan el 70% de todos los medicamentos recetados tanto por los MAP como por los servicios de atención especializada. Dentro de este porcentaje, los más frecuentes son los ansiolíticos (18,9%), seguidos de los antidepresivos (12,8%) y los hipnóticos/sedantes (5,4%). El informe destaca cuatro aspectos comunes a todos los psicofármacos estudiados: 1) existe un claro predominio femenino en el consumo de psicofármacos, llegando a duplicar o triplicar el consumo de los hombres; 2) el consumo crece conforme aumenta la edad, hasta alcanzar un punto máximo a los 80-84 años donde comienza a descender; 3) se observa un gradiente social, de forma que el consumo se dispara a medida que disminuye la renta, especialmente en el caso de las mujeres; y 4) el consumo es mayor en las personas desempleadas, en todos los grupos de edad y sexo. Asimismo, si analizamos los datos referentes a los tres psicofármacos más prevalentes podemos observar que: la media de DDH de antidepresivos es de 98 (140 mujeres y 58 hombres), pero dependiendo del grupo de edad esta cifra puede llegar a las 250 DDH; la media de DDH en ansiolíticos es de 64,5 (83,5 mujeres y 43,4 hombres), con uno de los gradientes sociales más marcados, ya que las personas con una renta más baja llegan hasta las 165 DDH; y que la media de DDH de hipnóticos y sedantes se sitúa en 40,2 (52,2 mujeres y 26,9 hombres). Estas cifras suponen un aumento del 300% en las DDH de los diversos psicofármacos dispensados en España, ya que la media de DDH ha pasado de 26,5 en el año 2000 a 79,5 en los últimos

años. Además, es importante tener en cuenta que estos datos publicados en 2021 pertenecen a los años 2015-2017, por lo que no tienen en cuenta el aumento de los últimos años. Otros datos proporcionados por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en el año 2021, y que tienen en cuenta la situación de pandemia de la COVID-19, señalan un aumento del consumo de ansiolíticos cercano al 58,7% y del 41,3% para los antidepresivos (CIS, 2021). Todos estos datos sitúan a España como el país con el segundo consumo más elevado de Europa en ansiolíticos y como el tercero en antidepresivos.

Este elevado consumo de psicofármacos a nivel global, así como los costes sociales, personales y económicos que se derivan del hecho de que sean considerados como el TH ha llevado a múltiples estudios a cuestionar la eficacia real de estos fármacos para el tratamiento de los TE (Goldsmith & Moncrieff, 2011; Kirsch et al., 2008; Moncrieff, 2018, 2020; Munkholm, Paludan-Müller, et al., 2019; Pigott et al., 2010; Read & Moncrieff, 2022), ya que a pesar de que su uso y prescripción ha aumentado, la tendencia global de los trastornos mentales comunes también lo ha hecho (GBD, 2022; Santomauro et al., 2021). Es decir, a pesar de que los tratamientos farmacológicos para los trastornos mentales comunes han aumentado, estos problemas no solo no han desaparecido o se han reducido, sino que han ido en aumento.

Por ejemplo, en el año 2018 se publicó el mayor metaanálisis realizado hasta la fecha para comprobar la eficacia de los antidepresivos frente al placebo para el tratamiento del TDM (Cipriani et al., 2018). Este trabajo concluyó que las personas que tomaban antidepresivos tenían entre 1,5 y 2 veces más probabilidades de recuperarse del TDM que los pacientes que simplemente recibían un placebo. Sin embargo, una crítica argumentada a este trabajo (Moncrieff, 2018) y un reanálisis posterior de los mismos datos por parte de Munkholm, Paludan-Müller, et al. (2019) mostró que realmente los análisis de Cipriani et al. (2018) no habían sido realizados correctamente y que existían

diversos sesgos que conducían a la conclusión de que realmente no existía evidencia científica suficiente para sostener que los antidepresivos tenían un efecto superior en términos de eficacia frente al placebo. Entre las principales críticas al trabajo de Cipriani et al. (2018), tres de ellas son especialmente relevantes (Moncrieff, 2018; Munkholm, Paludan-Müller, et al., 2019). En primer lugar, la diferencia de medias estandarizadas del metaanálisis se traducía en una diferencia de tan solo dos puntos en la Escala de Depresión de Hamilton (HSDR), lo que no resulta clínicamente relevante, ya que otros estudios han mostrado que para que se considere “una mejoría leve” debe haber al menos una diferencia de ocho puntos en esta escala (Moncrieff & Kirsch, 2015). En segundo lugar, estas pequeñas diferencias entre los antidepresivos y el placebo se pueden atribuir a un efecto conocido como efecto placebo amplificado (Moncrieff, 2018). Esto quiere decir que, las personas aleatorizadas al grupo experimental y que reciben antidepresivos pueden experimentar una serie de efectos secundarios como sequedad de boca, mareos, somnolencia o embotamiento emocional que no experimentan los pacientes aleatorizados al placebo. Este hecho les puede conducir a adivinar en qué grupo de la investigación se encuentran (experimental o control) y, por tanto, amplificar los efectos subjetivos de los fármacos al ser conscientes de que ellos sí están tomando el tratamiento real y no el placebo. Finalmente, la tercera crítica a este metaanálisis es que únicamente incluyó ensayos de tratamiento a corto plazo. Otros trabajos anteriores como el metaanálisis de Pigott et al. (2010) sobre datos longitudinales mostró que, de 3110 personas tratadas mediante antidepresivos, solamente 108 se recuperaron completamente y no recayeron a largo plazo, lo que representa una tasa de recuperación inferior al 3,5%. Finalmente, es importante señalar que, algunos autores como Turner et al. (2008), han señalado que existe un elevado sesgo de publicación en lo referente a los ensayos clínicos sobre la

eficacia de los antidepresivos, ya que a menudo no se publican estudios con resultados negativos o los tamaños del efecto se sobreestiman en más de un 30%.

Con los ansiolíticos ocurre algo similar que con los antidepresivos. En 2019 se publicó la mayor revisión sistemática y metaanálisis en red hasta la fecha sobre la eficacia de los ansiolíticos frente al placebo para el tratamiento del TAG (Slee et al., 2019). Este trabajo incluyó 89 ensayos clínicos sobre 22 psicofármacos ansiolíticos y más de 25.000 pacientes aleatorizados desde el año 1994 hasta el 2017. Los resultados mostraron que los ansiolíticos presentaban una eficacia mayor que el placebo para la reducción del TAG, traducida en una diferencia de 3,6 puntos en la escala de ansiedad de Hamilton (rango de 0 a 56 puntos). Sin embargo, de la misma forma que con el metaanálisis de Cipriani et al. (2018) sobre los antidepresivos, este trabajo sobre la eficacia de los ansiolíticos también tiene importantes sesgos y limitaciones a destacar (Munkholm, Boesen, et al., 2019). En primer lugar, ocurre lo mismo que antes con la relevancia clínica de los resultados, ya que una diferencia de 3,6 puntos en la escala de ansiedad de Hamilton no ha mostrado ser una diferencia suficiente como para considerarse clínicamente significativa. En segundo lugar, solamente el 1% de los ensayos clínicos incluidos en el trabajo tenían un riesgo de sesgo bajo según la escala de Cochrane (Higgins & Green, 2011), el 20% tenían un riesgo incierto y el 79% un riesgo alto. En tercer lugar, no se evaluó la certeza de la evidencia siguiendo las pautas de Schünemann et al. (2013), que unido al sesgo de publicación y la corta duración de los ensayos conduce a que las comparaciones realizadas con el placebo obtengan un nivel de evidencia “muy baja”. Finalmente, Slee et al. (2019) tampoco evalúan los efectos adversos de los ansiolíticos, ni tampoco si estos son superados por los beneficios del tratamiento farmacológico. En conclusión, tal y como señalan Munkholm, Boesen, et al. (2019) estas limitaciones y sesgos conducen a la conclusión de que no existe

evidencia científica suficiente como para sostener que los ansiolíticos son clínicamente más eficaces que el placebo para la reducción del TAG.

A estos problemas de eficacia para el tratamiento de los TE se suman los posibles efectos secundarios adversos de estos medicamentos psicotrópicos, tanto a corto como a largo plazo (Bala et al., 2018; Davies & Read, 2019; Framer, 2021; Goldsmith & Moncrieff, 2011; Hengartner et al., 2020; Horowitz & Taylor, 2019; Maund et al., 2019; Moncrieff, 2020; Padala et al., 2020; Quemel et al., 2021; Read & Moncrieff, 2022). Por ejemplo, en el trabajo de Bala et al. (2018) se relacionó a los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) con una disfunción sexual grave y síntomas como la anestesia genital, el orgasmo débil o sin placer, la disminución del deseo sexual, la disfunción eréctil y la eyaculación precoz. Otro de los efectos secundarios de los psicofármacos, y especialmente de los antidepresivos, es el síndrome de abstinencia que se genera tras su abandono o interrupción (Davies & Read, 2019; Hengartner et al., 2020; Horowitz & Taylor, 2019). Una reciente revisión ha sugerido que aproximadamente el 56% de las personas que suspenden el tratamiento con antidepresivos experimenta síntomas de abstinencia y que para el 46% de estos pacientes los efectos de abstinencia son graves (Davies & Read, 2019). En términos generales, la evidencia ha mostrado que conforme aumenta el tiempo de uso de antidepresivos, mayor es la probabilidad de desarrollar una reacción de abstinencia y más graves serán los síntomas asociados a esta (Horowitz & Taylor, 2019). Según Framer (2021), los efectos adversos de la abstinencia pueden ser tan intolerables que algunas personas necesitan suspender el tratamiento de forma muy paulatina y en cantidades muy pequeñas durante varios años hasta lograr suspender totalmente el tratamiento. Finalmente, otro efecto secundario adverso del uso de medicamentos psicotrópicos son las posibles consecuencias psicológicas negativas. Por ejemplo, Read & Moncrieff (2022) señalan que el uso de antidepresivos puede estar

asociado a la creencia de que la depresión se encuentra causada únicamente por desequilibrios bioquímicos cerebrales, lo que puede llevar a las personas a no abordar las circunstancias personales, sociales o económicas que propiciaron los primeros síntomas depresivos. Es decir, si las personas atribuyen su mejora a la toma de psicofármacos en lugar de entender los mecanismos psicológicos que les condujeron al problema y generar así conductas resilientes y de autoayuda, es probable que sean más vulnerables a episodios futuros. Otro efecto psicológico negativo es el hecho de que las personas que toman medicamentos psicotrópicos generalmente desarrollan la creencia de que necesitan dicha medicación para mantenerse bien, lo que les conduce a tener miedo por suspender el tratamiento y a cronificar su uso a largo plazo, generando indirectamente conductas de dependencia (Eveleigh et al., 2019; Maund et al., 2019).

Debido al bajo nivel de eficacia y a los efectos adversos de los psicofármacos en los últimos años se ha observado una tendencia por parte de muchos pacientes a preferir tratamientos alternativos para los TE como la ansiedad o la depresión (Dorow et al., 2018; McHugh et al., 2013; Steidtmann et al., 2012). Una revisión sistemática realizada por Gelhorn et al. (2011) concluyó que las preferencias de los pacientes están fuertemente asociadas con los resultados del tratamiento, la adherencia, el compromiso y el desarrollo de la alianza terapéutica. Por tanto, tener en cuenta las preferencias del paciente sobre el tratamiento puede llevar a un manejo más eficaz y eficiente de los TE en el entorno de AP.

1.2.2. Tratamientos psicológicos basados en la evidencia

Los tratamientos psicológicos basados en la evidencia son un enfoque teórico que asume el método científico de otras disciplinas que han sido capaces de demostrar empíricamente sus hipótesis a través del control experimental (Morian & Martínez,

2011). El objetivo de este enfoque terapéutico es utilizar la mejor evidencia científica disponible, integrando la experiencia profesional y los resultados obtenidos en la investigación básica y aplicada, para ofrecer la atención terapéutica más adecuada y eficaz a los pacientes (APA, 2006).

Las raíces de este enfoque se remontan a la primera mitad del siglo XX con el progreso de la estadística aplicada. Sin embargo, no es hasta los años cincuenta cuando, impulsado por el interés de los investigadores en psicología, comienza a desarrollarse de manera más exhaustiva. Gracias a esto, en los años ochenta y noventa se produce una proliferación muy importante de ensayos clínicos aleatorizados y de metaanálisis que conducen a la Universidad de Oxford a fundar la organización Cochrane, dedicada a la revisión y difusión de todos los trabajos que cumpliesen con los supuestos establecidos para ser considerados estudios basados en la evidencia. Posteriormente, surgen dos entidades más para la evaluación de la eficacia de los tratamientos, el *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) y el grupo de trabajo para la promoción y difusión de los tratamientos con evidencia empírica impulsado por la División 12 (Psicología clínica) de la *American Psychiatry Association* (APA). Durante los próximos años a su fundación estas instituciones o grupos de trabajo han elaborado de forma sistemática una serie de guías clínicas sobre los tratamientos basados en la evidencia para su aplicación en diferentes condiciones específicas de salud mental (APA, 2006; NICE, 2004a, 2004b, 2005a, 2005b, 2006, 2009b, 2009a, 2011).

Las guías del NICE y de la APA son recomendaciones sobre cuáles son los mejores tratamientos que pueden utilizarse para diversos trastornos mentales. Tal y como señalan Turner et al. (1995) el mejor tratamiento es aquél que cuenta con procedimientos de evaluación, diagnóstico e intervención que han sido puestos a prueba mediante ensayos experimentales y que cuenta con evidencias científicas de que es eficaz, efectivo o

eficiente para un problema o trastorno determinado. Un tratamiento es eficaz si ha obtenido resultados positivos para los pacientes en una investigación controlada, es efectivo si resulta útil en la práctica clínica habitual y eficiente si su aplicación obtiene mayores beneficios y menores costes que otras alternativas coetáneas (Turner et al., 1995). Ambas guías presentan algunas diferencias, pero en términos generales se puede ver que la terapia cognitivo-conductual (TCC) es la terapia basada en la evidencia con mayor respaldo científico, recomendada por ambas guías para la depresión y todos los trastornos de ansiedad. Otras terapias como la psicoterapia interpersonal o la terapia dinámica breve se recomiendan para la depresión (con ciertas indicaciones, sobre todo en la guía del NICE), pero no para los trastornos de ansiedad. Una diferencia fundamental entre ambas guías es que el NICE aboga por un enfoque de atención escalonada, lo que implica que, en función de la gravedad de los síntomas (leves, moderados o graves), la recomendación terapéutica puede diferir, ofreciendo así terapias de alta o baja intensidad (Clark, 2011). Por ejemplo, en los casos más graves de depresión se señala que una combinación de TCC y acompañamiento farmacológico a corto plazo puede ser la mejor opción. Sin embargo, en los casos leves y moderados la recomendación es el tratamiento único mediante TCC. Incluso en los casos más leves de ansiedad y depresión se aboga por herramientas independientes para el paciente como la autoayuda guiada basada en TCC o la activación conductual, sin la presencia necesaria de sesiones periódicas y guía psicológica con un terapeuta profesional (Clark, 2011, 2018; NICE, 2004a, 2004b, 2009a).

Tras la publicación de estas guías en la primera década del siglo XXI (así como las posteriores revisiones y actualizaciones de estas), se han realizado numerosas investigaciones, ensayos clínicos aleatorizados y metaanálisis que han corroborado la eficacia, la efectividad y la eficiencia de las terapias psicológicas basadas en la evidencia,

y especialmente de la TCC, para el tratamiento de los TE (Cano-Vindel et al., 2022; Carl et al., 2020; Clark, 2018; Cuijpers, Miguel, Ciharova, et al., 2023; Cuijpers, Miguel, Harrer, et al., 2023; Cuijpers, Noma, et al., 2019; Cuijpers, Quero, et al., 2019; Feng et al., 2012; Jurado-González et al., 2024; Karyotaki et al., 2016; Miguel et al., 2023; van Dis et al., 2020).

Recientemente se ha publicado un metaanálisis integral que compara la TCC frente a condiciones de control, otras terapias psicológicas, farmacoterapias y tratamientos combinados (farmacoterapia más TCC) para la depresión (Cuijpers, Miguel, Harrer, et al., 2023). Este metaanálisis incluyó 409 ensayos clínicos con un total de 52.702 pacientes, se trata del metaanálisis más grande realizado hasta la fecha para comprobar la eficacia de un tipo específico de terapia para un trastorno mental. Uno de los hallazgos de este trabajo sobre la investigación científica fue que la calidad de los ensayos clínicos sobre la temática había aumentado significativamente con el paso del tiempo, ya que cada vez el número de ensayos con bajo sesgo era menor y la cantidad de muestra que incluían era mayor. Los resultados mostraron que la TCC tenía un tamaño del efecto de moderado a grande en comparación con las condiciones control o las listas de espera, tanto en el momento de la intervención como a los 6 y a los 12 meses de seguimiento. La TCC también fue más efectiva que cualquier otra terapia psicológica, pero con un tamaño del efecto pequeño. Los efectos de la TCC y el de las farmacoterapias no difirieron a corto plazo, pero sí a largo plazo (6 y 12 meses de seguimiento), donde la TCC fue más eficaz y obtuvo un tamaño del efecto moderado. El tratamiento combinado con fármacos fue más eficaz que las farmacoterapias solas a corto y largo plazo, pero no fue más eficaz que la TCC sola en ninguno de los dos momentos. Estos resultados están en consonancia con la literatura previa donde se ha mostrado que la TCC es una terapia basada en la evidencia eficaz para la reducción de la depresión (Watts et al., 2015), que los resultados de la TCC

a largo plazo son más eficaces que los de la farmacoterapia (Cuijpers, Quero, et al., 2019) y que la adición de TCC a la farmacoterapia reduce significativamente las tasas de recaída a largo plazo (Breedvelt et al., 2021). Asimismo, la literatura también ha mostrado que las psicoterapias basadas en la evidencia (particularmente la TCC) son eficaces para aplicarse en entornos de AP, con mejores efectos a largo plazo que los fármacos, un mayor nivel de preferencia por parte de los pacientes debido a menores efectos secundarios y una mejor coste-efectividad que el TH (Aguilera-Martín et al., 2022; Clark, 2018; Cuijpers, Noma, et al., 2019; Cuijpers, Quero, et al., 2019).

La literatura también ha estudiado la eficacia de las terapias psicológicas basadas en la evidencia frente a las terapias farmacológicas para el tratamiento del TAG (Carl et al., 2020). Este trabajo es un metaanálisis que recoge 79 ensayos controlados aleatorizados y más de 11.000 pacientes incluidos con un diagnóstico de TAG. Los resultados mostraron que las terapias basadas en la evidencia tenían un tamaño del efecto de moderado a grande y los fármacos un tamaño del efecto pequeño. Sin embargo, los autores indican que, debido a que la mayoría de los estudios con fármacos tuvieron más condiciones de control con placebo que condiciones inactivas, como en el caso de las psicoterapias con grupos en lista de espera, no se puede comparar con precisión los tamaños del efecto entre las terapias farmacológicas y las psicoterapias. Ahora bien, debido a que la evidencia anterior (McHugh et al., 2013) sugiere que los pacientes prefieren el tratamiento psicológico frente al farmacológico y que la eficacia de las psicoterapias si no es superior al menos es comparable a los fármacos, los autores concluyen que es necesario brindar un mayor acceso al tratamiento psicológico a las personas con TAG. Este metaanálisis también estudió el rol moderador de algunas variables, encontrando que una edad media más joven se asoció con una mayor mejora de los síntomas en la psicoterapia, lo que resalta la importancia de ofrecer un tratamiento

eficaz y basado en la evidencia lo antes posible, evitando la cronicidad y el aumento de la gravedad de los síntomas (Gonçalves & Byrne, 2012; Gould et al., 2012; Wetherell et al., 2013). Otra revisión sistemática y metaanálisis estudió los resultados a largo plazo de la TCC para los trastornos de ansiedad (van Dis et al., 2020). Este trabajo incluyó 69 ensayos clínicos aleatorios y 4.118 pacientes. Los resultados de este trabajo sugieren que la TCC para el TAG, el TEPT y la ansiedad social obtiene mejores resultados a los 6 y los 12 meses de seguimiento en comparación con las condiciones control (generalmente TH con psicofármacos o lista de espera). Los tamaños del efecto fueron medianos para el TAG y la ansiedad social, pero grandes para el TEPT. Los resultados de estos metaanálisis son congruentes con la literatura anterior donde se encontró que la TCC era eficaz para el tratamiento del TAG y otros trastornos de ansiedad, con tamaños del efecto de moderados a grandes cuando la condición control era la lista de espera, y con tamaños del efecto de pequeños a medianos cuando la condición control era el TH (Cuijpers et al., 2016; Watts et al., 2015).

Para el caso del TSS y los síntomas somáticos subclínicos la literatura existente es más escasa. En el año 2014 se publicó un metaanálisis con el objetivo de estudiar las intervenciones no farmacológicas para los trastornos somatomorfos y los síntomas somáticos sin explicación médica (van Dessel et al., 2014). Este trabajo incluyó 21 ensayos clínicos aleatorizados con 2.658 participantes. En la mayoría de los estudios incluidos (14 de ellos) la terapia psicológica evaluada fue la TCC. Los resultados de este trabajo mostraron que la terapia psicológica basada en la evidencia fue más eficaz que el TH o la lista de espera para la reducción de síntomas somáticos. Los tamaños del efecto fueron pequeños y los efectos se mantuvieron a largo plazo. Otro metaanálisis más reciente que incluyó 75 ensayos clínicos aleatorios con más de 8.000 pacientes, y que evaluó la eficacia de la psicoterapia para la depresión y los síntomas somáticos

comórbidos, mostró que la psicoterapia puede ser un tratamiento eficaz para pacientes con estos trastornos comórbidos, con efectos mantenidos a largo plazo sobre la gravedad de la depresión y la CdV (Miguel et al., 2023).

En las últimas décadas, debido a que existe una alta comorbilidad entre trastornos mentales, y especialmente entre los TE, los enfoques de tratamiento transdiagnóstico han recibido un especial interés por parte de la comunidad científica (Andersen et al., 2016; Cano-Vindel et al., 2022; Cuijpers, Miguel, Ciharova, et al., 2023; Newby et al., 2014, 2016; Păsărelu et al., 2017; Pearl & Norton, 2017; Reinholt & Krogh, 2014; Sakiris & Berle, 2019; Thompson et al., 2021). La comorbilidad entre la depresión y la ansiedad se ha estimado en un 60% a nivel de casos (Kessler et al., 2011, 2015) y es probable que sea mayor si se consideran los síntomas subclínicos. Además, tal y como señalan Newby et al. (2014) la depresión y la ansiedad mixtas son más frecuentes que los “diagnósticos puros” y su presentación es muy frecuente en el entorno de AP. Los tratamientos transdiagnósticos para los TE incluyen habitualmente componentes que han demostrado ser eficaces para los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, como la reestructuración cognitiva (Ciharova et al., 2021), la activación conductual (Cuijpers et al., 2021) o la exposición (Freitas et al., 2021). Esto permite que, aquellos pacientes que presenten un “trastorno puro” de TDM o TAG, así como aquellos pacientes con trastornos comórbidos o con síntomas somáticos asociados puedan beneficiarse igualmente de estos tratamientos. La ventaja principal de este enfoque es que se centra en la comorbilidad como norma y no como excepción, poniendo el foco de intervención en los procesos etiológicos y de mantenimiento que subyacen a la psicopatología (Cuijpers, Miguel, Ciharova, et al., 2023).

Entre las diversas psicoterapias con un enfoque transdiagnóstico la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica (TCC-TD) es la que más se ha estudiado y la que

ha mostrado una mayor eficacia (Cuijpers, Miguel, Ciharova, et al., 2023; Newby et al., 2015). En el metaanálisis de Newby et al. (2015), que incluyó 24 ensayos clínicos controlados y aleatorizados, la TCC-TD obtuvo efectos grandes con respecto a las condiciones control y efectos pequeños con respecto al TH. Los resultados de este trabajo sugirieron que los tratamientos transdiagnósticos son igual de efectivos que los tratamientos específicos para la ansiedad y que podían ser superiores para la depresión. Estos hallazgos fueron consistentes con la literatura previa donde se había encontrado en estudios preliminares que la TCC-TD podía tener una eficacia comparable a los protocolos específicos tradicionales de TCC para un único trastorno (Norton et al., 2013; Norton & Barrera, 2012). Un metaanálisis muy reciente realizado por Cuijpers et al. (2023) ha confirmado que los tratamientos transdiagnósticos son igual de eficaces que los tratamientos específicos para la reducción de la ansiedad y la depresión, tanto en el momento de terminar la terapia como a los 6 meses de seguimiento. Además, un aspecto muy importante de los tratamientos transdiagnósticos, y especialmente de la TCC-TD, es que puede ser administrada en formato grupal, obteniendo una mejor relación coste/efectividad a medio-largo plazo en comparación al TH (Aguilera-Martín et al., 2022; Cano-Vindel et al., 2022; Hollinghurst et al., 2005; Newby et al., 2015). Según el metaanálisis de Feng et al. (2012) sobre la eficacia de la TCC-TD en grupo para el tratamiento de la depresión, que incluyó 32 estudios donde el formato estándar de terapia era en grupos de 6-10 participantes en sesiones de 1 hora de duración durante 6-8 semanas, la TCC-TD grupal obtuvo tamaños del efecto moderados para la reducción de la depresión y un tamaño del efecto pequeño sobre la tasa de recaída en comparación con los grupos control y el TH.

En definitiva, la terapia basada en la evidencia, y particularmente la TCC, ha mostrado ser igual de eficaz a corto plazo y superior a largo plazo que el TH

(psicofármacos) para el tratamiento de los TE como el TDM, el TAG y TSS. Además, puede ser administrada en formato grupal mediante un enfoque transdiagnóstico (TCC-TD) con efectos muy similares al abordaje específico tradicional, mejorando la relación coste-efectividad y haciéndola especialmente útil como tratamiento de primera línea en el entorno de AP.

1.2.3. Programas internacionales de tratamientos basados en la evidencia en el contexto de Atención Primaria

Teniendo en cuenta las limitaciones e inconvenientes del TH, en las últimas décadas diversos países han desarrollado programas de tratamiento en AP para el abordaje de los TE como la depresión o la ansiedad mediante la terapia psicológica basada en la evidencia (Cano-Vindel et al., 2016; Clark et al., 2009; Cromarty et al., 2016; Knapstad et al., 2020; Kobori et al., 2014; Naeem et al., 2017).

El primer programa en poner en marcha este paradigma fue el *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT), lanzado en Inglaterra en el año 2007 (Clark et al., 2009). El IAPT proporciona las terapias psicológicas recomendadas por la guía NICE en sus guías clínicas, publicadas y revisadas desde el año 2004, para el tratamiento de la depresión y los trastornos de ansiedad (NICE, 2004a, 2004b, 2005a, 2005b, 2006, 2009b, 2009a, 2011). La terapia con la indicación más amplia es la TCC, ya que se recomienda para la depresión y todos los trastornos de ansiedad, pero también se ofrecen otras cinco terapias, dependiendo de la situación del paciente y de las indicaciones del NICE, como la psicoterapia interpersonal, la terapia de pareja, el asesoramiento, la terapia psicodinámica breve y la terapia cognitiva basada en la atención plena. Asimismo, debido a la evidencia de que atendiendo a la gravedad de los síntomas las personas responden de

manera eficaz a los llamados tratamientos de “baja” o “alta” intensidad, el NICE aboga por un modelo de atención escalonada (Stepped Care). Este enfoque permite reducir la sobremedicación y seleccionar el tratamiento más adecuado para cada caso (Arroll et al., 2023; Price-Haywood et al., 2021). El modelo del IAPT se compone de cuatro niveles de actuación. El primer nivel se encuentra formado por el médico de AP, donde se realiza una evaluación del problema y se proporciona TH. El segundo nivel es el servicio de baja intensidad, formado por “Profesionales del Bienestar Psicológico” (*Psychological Well-Being Practitioners*; PWP), profesionales mayoritariamente con formación en psicología, u otras disciplinas sanitarias. En este nivel se anima a los pacientes a trabajar en programas de autoayuda basados en TCC y orientados/supervisados por los PWP. El tercer nivel es el servicio de alta intensidad, donde se proporcionan sesiones semanales de TCC y otras psicoterapias basadas en la evidencia. Este nivel se encuentra formado mayoritariamente por psicólogos/as, trabajadores/as sociales o enfermeros/as de salud mental. Los terapeutas de alta y baja intensidad que trabajan en el IAPT obtienen la capacitación laboral mediante un programa de formación específico desarrollado por el Departamento de Salud de Reino Unido. Durante un período de aproximadamente un año, los alumnos asisten a un curso universitario con conferencias, talleres y supervisión de casos, que dependiendo de si la formación es para ser terapeuta de baja o alta intensidad tiene una asistencia obligatoria de 1 o 2 días a la semana respectivamente. Durante el resto de su tiempo, ambos grupos de alumnos trabajan en los servicios del IAPT donde reciben supervisión regular adicional. Finalmente, el cuarto nivel se encuentra formado por los servicios estatales de Salud Mental para el tratamiento de los trastornos mentales graves. De esta forma, en función del nivel de gravedad de síntomas que presenten en el momento de la evaluación inicial, los pacientes son asignados a un nivel u otro del IAPT, ascendiendo o descendiendo en el modelo escalonado en función del progreso

terapéutico. Según los datos disponibles en línea, el 36% de las personas que acceden a los servicios del IAPT solo recibe intervenciones de baja intensidad, el 28% solo recibe intervenciones de alta intensidad y el 34% recibe ambas (NHS Digital, 2019). Esto significa que durante el curso de su tratamiento el 70% de los pacientes reciben al menos una intervención de baja intensidad y el 62% recibe al menos una intervención de alta intensidad.

En la actualidad, el IAPT trata a más de 1,2 millones de personas, lo que representa aproximadamente un 18% de la prevalencia comunitaria de los trastornos de ansiedad y depresión. Asimismo, demostró que el abordaje mediante la TCC y otras terapias basadas en la evidencia no sólo es más eficaz que el TH, sino que también es más rentable y genera menos costes sanitarios directos e indirectos, pasando de un coste anual de 2.286 euros a 743 euros por paciente (Clark, 2018). Los resultados de este programa muestran que el 66,3% de los pacientes atendidos presentan una mejoría clínica significativa de los síntomas, el 51% se recupera de manera confiable y solamente el 6% muestra un deterioro confiable, resultados sustancialmente superiores al TH o las listas de espera (Clark, 2018). Además, los tamaños del efecto logrados son grandes tanto para la ansiedad como para la depresión y estudios posteriores han mostrado que estos beneficios se mantienen a largo plazo (El Baou et al., 2023).

El éxito del programa inglés ha motivado a otros países a desarrollar iniciativas similares, como el caso de Australia con el programa *NewAccess*, donde en el año 2013 se intentó replicar el modelo del IAPT (Cromarty et al., 2016). En este programa también se sigue un modelo de atención escalonada de cuatro niveles, pero con ciertas adaptaciones al contexto australiano. El nivel 1 está formado por el médico de AP, quien realiza una evaluación de la situación y deriva el caso si lo considera necesario al programa *NewAccess*. Ahora bien, no todos los ciudadanos australianos tienen asignado

un médico de AP, por lo que también es posible realizar una autoderivación vía *on-line* o telefónica si la persona lo necesita. El nivel 2 está formado por los llamados “entrenadores de LiCBT” (*Light-Cognitive Behavior Therapy*; terapia cognitivo-conductual de baja intensidad), el único nivel integrado en los servicios del programa *NewAccess*. El tratamiento estándar que se ofrece en este nivel es la TCC de baja intensidad cara a cara o por teléfono durante 6 sesiones, con materiales de autoayuda, activación conductual y exposición gradual (Bennett-Levy et al., 2010). Los niveles 3 y 4 se reservan para los casos más graves en los Servicios de Salud Mental del sistema sanitario australiano, donde se imparte TCC de alta intensidad y otras terapias basadas en la evidencia por parte de terapeutas profesionales. En esencia, lo que planteó el programa *NewAccess* fue la inclusión de un nuevo nivel de baja intensidad que permitiese tratar a todas las personas que presentasen niveles leves-moderados de ansiedad y/o depresión. Una diferencia importante con respecto al IAPT es el nivel de formación que se ofrece a los terapeutas, ya que en el caso del *NewAccess* únicamente existen entrenadores LiCBT. Estos terapeutas son personas (graduadas o no en la universidad) que realizan una formación específica en TCC de baja intensidad y que son reclutados por entrevistadores expertos que aseguran el cumplimiento de una serie de requisitos (Green et al., 2014). Con el objetivo de garantizar la mejor práctica clínica, el desarrollo de competencias y la protección de los usuarios se realizan supervisiones clínicas semanales, junto con seguimientos *in vivo* por parte de los supervisores de las puntuaciones que van rellenando los pacientes en los cuestionarios de ansiedad y depresión tras cada sesión. Los resultados de este programa han mostrado que la tasa de recuperación es aproximadamente del 70% (69,8% para la depresión y 73,6% para la ansiedad), con tamaños del efecto grandes tanto para la ansiedad como para la depresión. No se midió la recuperación confiable, el deterioro o el efecto a largo plazo de la LiCBT. Los efectos de la terapia de baja intensidad

son similares a los obtenidos por el IAPT, ya que hay que tener en cuenta que las cifras inglesas incluyen todos los niveles de actuación y no únicamente el nivel de baja intensidad. El *NewAccess* ha sido una adaptación exitosa y muy prometedora para el contexto australiano del IAPT, pero aun requiere de trabajo para racionalizar el modelo de atención escalonada y examinar los beneficios económicos y los resultados a largo plazo (Cromarty et al., 2016).

Otro ejemplo de la influencia del IAPT la encontramos en Canadá con el programa *CBT Lite* (Naeem et al., 2017). Este programa se enfocó únicamente en la terapia TCC de baja intensidad para el tratamiento de los trastornos mentales comunes con un intensidad sintomatológica leve-moderada. A diferencia del IAPT, en este caso los terapeutas eran psicólogos especialistas en salud mental del propio SNS, que habían sido formados durante dos sesiones en el protocolo del estudio y su aplicación mediante la TCC. El tratamiento ofrecido consistió en 6-10 sesiones con una periodicidad semanal y una duración aproximada de 1 hora, donde se trabajaban aspectos como: psicoeducación, exposición, manejo de la ansiedad, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, activación conductual, higiene del sueño, estilos de comunicación, cambios en el estilo de vida y alimentación y mantenimiento del bienestar. Este programa fue un proyecto piloto de 1 año para abrir el debate a la creación de un sistema similar al del IAPT en Canadá. Durante el proyecto participaron 12 terapeutas y se derivaron a 387 pacientes con síntomas leves-moderados de ansiedad y/o depresión derivados desde AP y secundaria. Según los datos del proyecto, fueron admitidos al programa tras la evaluación inicial 53 participantes, pero 5 de ellos abandonaron antes de comenzar la terapia (14% de abandono). De los 47 participantes que iniciaron el proceso terapéutico, 46 de ellos asistieron a 2 o más sesiones, 24 de ellos entre 3 y 6 sesiones y 13 de ellos entre 7 y 10 sesiones. En total se impartieron 235 sesiones en un periodo de aproximadamente 1 año

en los servicios comunitarios de salud mental de Kingston, Canadá. Los resultados mostraron que el 51% de los pacientes se había recuperado confiablemente y que ninguno de ellos había regresado a los servicios durante la vida del proyecto por motivos de recaída. Un 35% de los pacientes que no se recuperaron fueron derivados a los servicios de salud mental del sistema sanitario canadiense para recibir TCC de alta intensidad. En este piloto también se realizaron análisis preliminares del coste-beneficio del programa, descubriendo que una inversión de 1 dólar en la infraestructura actual del sistema sanitario canadiense para la salud mental devolvía al sistema económico nacional 3 dólares, ya que se reducían las bajas laborales y el número medio de días trabajados aumentaba significativamente (Naeem et al., 2017).

Finalmente, otro país que intentó seguir los pasos del IAPT fue Noruega con el proyecto *Prompt Mental Health Care* – PMHC (Knapstad et al., 2018). En este caso, el modelo utilizado fue de atención combinada, donde se considera la evaluación inicial y las preferencias del paciente para determinar la elección del tratamiento. Esto implica que, a diferencia del modelo escalonado del IAPT, la persona no necesariamente comienza el proceso terapéutico con un tratamiento de baja intensidad (Van Straten et al., 2006). Sin embargo, sí se mantuvo el formato de formación de nuevos terapeutas como en el IAPT. En este caso, los terapeutas eran personas con un mínimo de tres años de educación superior relevante que debían realizar un curso adicional específico de un año de TCC proporcionado por la Asociación Noruega de Terapia Cognitiva. Todos los terapeutas recibieron 208 horas de tutoría y 96 horas de supervisión por parte de psicólogos clínicos. Además, todos los equipos de intervención eran multidisciplinarios y contaban con un psicólogo clínico coordinador que asumía la responsabilidad profesional del servicio PMHC. El objetivo de este proyecto también fue proporcionar tratamiento psicológico basado en la evidencia a personas con una sintomatología leve-moderada de

ansiedad o depresión sin un diagnóstico formal previo. En este caso el programa se aplicó en 12 centros comunitarios y se trató a más de 2500 personas en un periodo de aproximadamente 2 años. Los resultados mostraron que el 58% de los pacientes se recuperaba de forma confiable y que el 65% presentaba una mejoría clínica significativa con tan solo dos sesiones de psicoterapia TCC de intensidad leve-moderada, obteniendo unos tamaños del efecto grandes tanto para la ansiedad como para la depresión.

En síntesis, si observamos los diferentes programas a nivel internacional que han puesto en marcha iniciativas para el tratamiento de los trastornos mentales comunes en AP mediante terapias psicológicas basadas en la evidencia podemos concluir que este enfoque tiene un efecto positivo para la mayoría de pacientes, mostrando mejores resultados que el TH (especialmente a largo plazo) y mejorando el coste-beneficio para los sistemas sanitarios de los países donde se implementan.

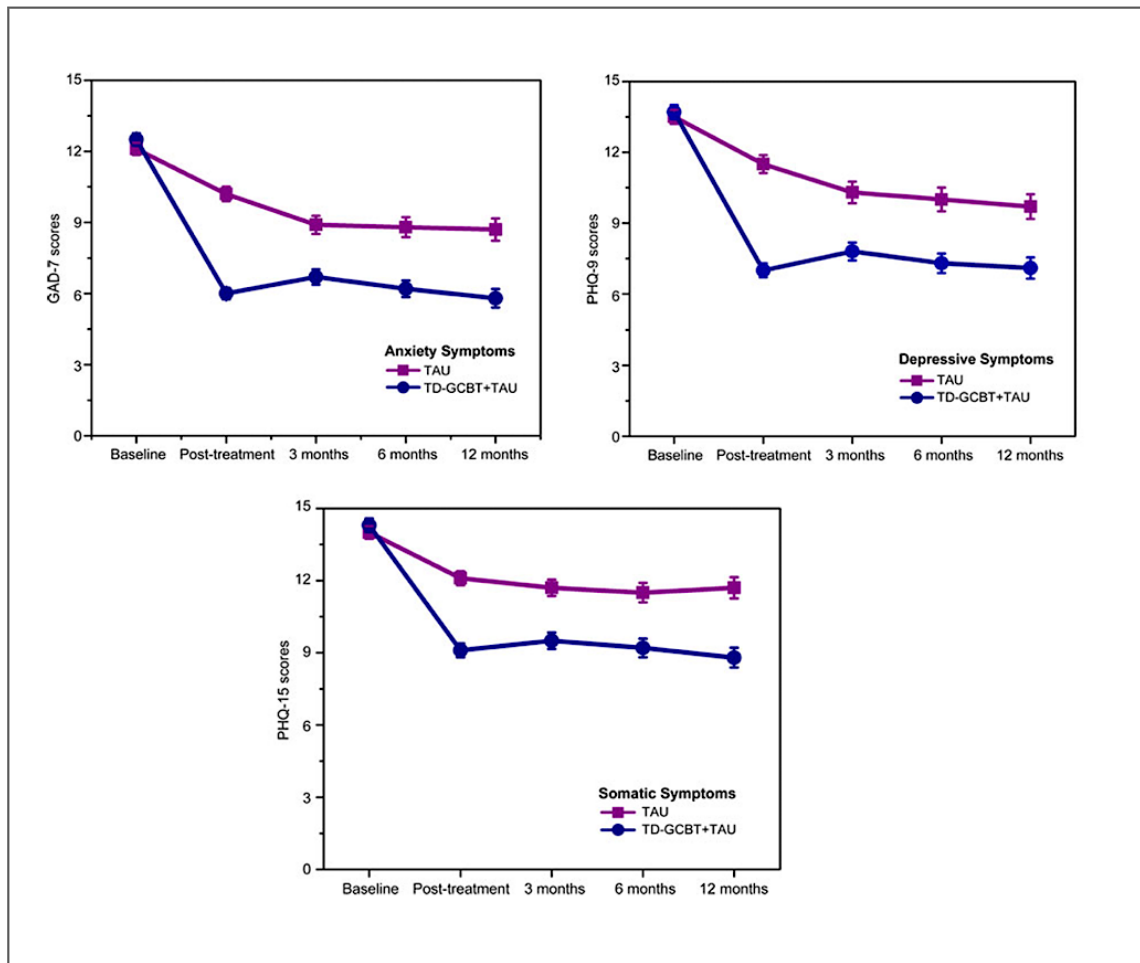
1.3. El ensayo PsicAP-Psicología en Atención Primaria

Los resultados del IAPT publicados en año 2010 motivaron al Consejo General de Psicología y a Psicofundación a comenzar en España en el año 2014 el proyecto Psicología en Atención Primaria (PsicAP), la mayor iniciativa realizada hasta la fecha para el tratamiento de los TE en AP (Cano-Vindel et al., 2016). PsicAP fue un proyecto que siguió los principios de la atención escalonada (Stepped care), la atención colaborativa (ya que reúne a distintos especialistas y tratamientos durante el proceso terapéutico) y la atención basada en la evidencia, tal y como proponen las diversas instituciones internacionales como el NICE o la APA (APA, 2006; NICE, 2004b, 2004a).

El proyecto PsicAP fue un ensayo clínico aleatorizado (ECA) multicéntrico llevado a cabo en 8 Comunidades Autónomas de España, en 22 centros de AP del SNS. El diseño del ensayo fue de doble brazo y simple ciego, con un grupo control que únicamente recibió el TH (principalmente psicofármacos y consejo informal por parte del MAP) y un grupo experimental que recibió el TH más terapia psicológica basada en la evidencia. El objetivo del ensayo PsicAP fue analizar la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual transdiagnóstico (TCC-TD) en formato grupal frente al TH para el manejo de los TE leves-moderados en el contexto de AP. Más adelante se profundizará en el diseño y procedimiento del ensayo en el apartado de metodología. Este estudio finalizó en el año 2019 y los resultados principales del ensayo se publicaron en el año 2021 (Cano-Vindel et al., 2021). Los resultados primarios mostraron que el grupo experimental (TCC-TD+TH) obtuvo una mayor reducción de los síntomas de los TE (ansiedad, depresión y somatizaciones) que el grupo control (TH), tanto en el momento post-tratamiento como en los seguimientos a los 3, 6 y 12 meses (figura 1). Los tamaños del efecto en el post-tratamiento para el grupo experimental fueron grandes para la

ansiedad y medianos para la depresión y las somatizaciones. Los efectos terapéuticos se mantuvieron a los 12 meses con un tamaño del efecto de pequeño a mediano.

Figura 1. Evolución de los síntomas de ansiedad, depresión y somatizaciones en función del grupo de tratamiento.



Nota: imagen adaptada de (Cano-Vindel et al., 2021). TAU: Treatment as Usual = tratamiento habitual (TH); TD-GCBT: Transdiagnostic Group Cognitive-Behavior therapy = Tratamiento cognitive-conductual transdiagnóstico (TCC-TD); Anxiety Symptoms: síntomas de ansiedad; Depressive symptoms: síntomas depresivos; Somatic symptoms: síntomas somáticos.

La tasa de recuperación en el grupo control fue del 18% en el post-tratamiento y del 29% a los 12 meses. En el caso del grupo experimental la tasa de recuperación fue del 51,7% en el post-tratamiento y del 52% en el seguimiento a los 12 meses. La recuperación confiable en el grupo control fue del 13,3% en el post-tratamiento y del 11% a los 12 meses. En el caso del grupo experimental la proporción de pacientes que se recuperó de manera confiable fue del 49,5% en el post-tratamiento y del 45% a los 12 meses (tabla 1). También se evaluaron las tasas de deterioro en el post-tratamiento y a los 12 meses para ambos grupos: grupo control (14% y 12% respectivamente) y grupo experimental (3% y 3% respectivamente) (tabla 1).

Tabla 1. Tasas de recuperación y deterioro en los grupos de tratamiento de PsicAP.

	Grupo control (TH)	Grupo experimental (TCC-TD)
Recuperación		
Post-tratamiento	18% (14% - 22%)	51% (46% - 57%)
12 meses	29% (22% - 36%)	49% (45% - 60%)
Recuperación confiable		
Post-tratamiento	13,3% (9% - 17%)	49,5% (44% - 45%)
12 meses	11% (5% - 16%)	45% (37% - 48%)
Deterioro		
Post-tratamiento	14% (10% - 17%)	3% (1% - 5%)
12 meses	12% (7% - 14%)	3% (1% - 5%)

Nota: TH: Tratamiento habitual; TCC-TD: Tratamiento cognitivo-conductual transdiagnóstico. Tabla adaptada de Cano-Vindel et al. 2022.

Los resultados secundarios también mostraron que el grupo experimental mejoraba más en su CdV y funcionamiento con respecto al grupo control, con tamaños del efecto medianos en el post-tratamiento y en el seguimiento a los 12 meses (Cano-Vindel et al., 2021). Asimismo, análisis de coste-efectividad y coste-utilidad mostraron que el grupo experimental obtenía mejores ratios que el grupo control, lo que conducía a la conclusión de que añadir el protocolo de psicoterapia basado en la evidencia del PsicAP en el entorno de AP permitía reducir costes al SNS y obtener mejores resultados en términos de eficacia para el tratamiento de los TE en este contexto (Ruiz-Rodríguez et al., 2018).

1.3.1. Protocolo de terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica (TCC-TD) en formato grupal del proyecto PsicAP

Los TE comparten aspectos importantes sobre su naturaleza, surgimiento, evolución o mantenimiento, lo que implica que comparten una serie de procesos de aprendizaje emocional a nivel cognitivo, fisiológico y conductual (Cano-Vindel, 2011). El protocolo de actuación del PsicAP planteó una perspectiva sobre los TE basada en la presencia de distorsiones cognitivas (especialmente de la atención y la interpretación) y aprendizajes cognitivo-emocionales que confluían con una dificultad para regulación emocional (RE), las cuales podían ser revertidas y moduladas a través de técnicas cognitivo-conductuales, especialmente mediante reestructuración cognitiva y terapia de exposición. Por tanto, el enfoque transdiagnóstico, cognitivo-conductual y grupal que se ofreció en el ensayo PsicAP se basó en los principios de una correcta RE (Cano-Vindel, 2011) y en los procesos comunes que subyacen a los síntomas de los TE como la ansiedad, la depresión o las somatizaciones (Miu et al., 2022; Muñoz-Navarro et al., 2022). Además, el formato grupal permite la atención de perfiles con diferentes alteraciones

emocionales (lo que reduce costes para el SNS) y un proceso de aprendizaje común, lo que ayuda a entender mejor y restar importancia a los problemas emocionales propios y ajenos, así como a mejorar la motivación, el apoyo social y la comunicación entre los participantes (Cano-Vindel et al., 2023).

El protocolo de tratamiento PsicAP se compone de 7 sesiones de TCC-TD de hora y media de duración, en pequeños grupos de 8-10 personas, y distribuidas a lo largo de 3-4 meses. La frecuencia temporal al inicio es semanal (hasta la tercera sesión) y, conforme se progresa en el programa, la frecuencia se modifica a quincenal con el objetivo de proporcionar el suficiente espacio entre sesiones para que los participantes puedan aplicar en su día a día los contenidos trabajados. Para garantizar la fidelidad y consistencia del tratamiento en todos los centros de AP que participaron en el ensayo clínico, todos los terapeutas debían someterse a un programa de formación de 8 horas en el protocolo de tratamiento. Esta sesión de formación estuvo dirigida por un psicólogo clínico senior y todos los terapeutas recibieron un esquema detallado del tratamiento sesión por sesión (Cano-Vindel et al., 2022; González-Blanch, Umaran-Alfageme, et al., 2018).

El protocolo de tratamiento PsicAP incluye (Cano-Vindel et al., 2016): 1) Entrenamiento psicoeducativo (sobre las emociones y las alteraciones emocionales); 2) Entrenamiento en relajación muscular progresiva, respiración, manejo de la atención e imaginación; 3) Entrenamiento en observación de pensamientos y modificación de distorsiones, procesos y estrategias cognitivas relacionadas con la emoción (reestructuración cognitiva); 4) Entrenamiento en habilidades conductuales y sociales (exposición a situaciones emocionales y activación de la conducta); y 5) Prevención de recaídas. Todos estos contenidos se trabajan de manera organizada y protocolizada en las diferentes sesiones que componen el programa (tabla 2) (Cano-Vindel et al., 2016).

Tabla 2. Cronograma del contenido de las sesiones del protocolo PsicAP.

Contenidos terapéuticos	Sesiones						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Psicoeducación	X	X					
2. Relajación		X					
3. Reestructuración cognitiva			X	X	X	X	X
4. Técnicas conductuales				X	X	X	X
5. Prevención de recaídas							X

En la primera sesión se realiza una presentación general del proceso terapéutico y de los participantes del grupo, al mismo tiempo que se inicia con la psicoeducación. El objetivo de esta primera sesión es proporcionar la información necesaria para que los participantes conozcan la naturaleza cognitiva, emocional y social de los TE. Además, se alienta a todos los participantes a que adopten un papel activo durante las sesiones y las tareas encomendadas, así se fomenta el uso de las actividades agradables.

En la segunda sesión se continua con el proceso de psicoeducación, abordando los conceptos de estrés y estrategias de afrontamiento, así como aprendiendo a utilizar algunas técnicas de relajación. El objetivo de esta sesión es que los participantes conozcan el funcionamiento del sistema nervioso y su relación con el estrés y las reacciones emocionales. Además, se aborda la primera estrategia de autorregulación emocional, centrada en la relajación, que permite reducir los niveles de activación psicofisiológica del sistema nervioso autónomo.

En la tercera sesión, aprovechando que el grupo ya tiene más cohesión y confianza entre sí, se comienza con la reestructuración cognitiva. En esta sesión se enseña a los participantes a identificar estilos desadaptativos de pensamiento que pueden producir malestar. Se trabaja la atención a las amenazas y la autofocalización en los problemas y

las pérdidas. Asimismo, se continúa incorporando técnicas de autorregulación emocional y se enfatiza seguir con las actividades agradables planificadas.

En la cuarta sesión se continua con los contenidos anteriores y se profundiza en la reestructuración cognitiva. El objetivo de esta sesión es aprender a modificar estilos desadaptativos de pensamiento mediante la terapia cognitiva, el uso de autoinstrucciones positivas y el planteamiento mental de un experimento conductual.

En las sesiones cinco y seis se profundiza en la reestructuración cognitiva y se comienza con las técnicas de resolución de problemas. El objetivo en estas sesiones es lograr la modificación de los estilos desadaptativos de pensamiento mediante las técnicas de reestructuración vistas anteriormente, al mismo tiempo que se realizan técnicas de exposición utilizando como base el experimento conductual que cada participante ha planteado en la sesión anterior. Por último, se entrena también a los participantes en algunas técnicas de resolución de problemas.

Finalmente, en la séptima sesión se trabaja la prevención de recaídas y se realiza el cierre del proceso terapéutico. El objetivo en esta sesión es reforzar las estrategias autorregulación emocional aprendidas en sesiones anteriores y entrenar a los participantes en técnicas de prevención para reducir la posibilidad de recaídas futuras.

Para más información sobre el contenido exacto de las sesiones o sobre el manual de terapia del protocolo PsicAP se puede consultar otras publicaciones del grupo de trabajo PsicAP, donde se realiza una explicación exhaustiva del mismo (Cano-Vindel et al., 2016, 2023; Cordero-Andrés et al., 2017; González-Blanch, Umaran-Alfageme, et al., 2018).

1.3.2. Mecanismos de cambio en la psicoterapia: los estilos cognitivo-emocionales.

Debido al auge de las terapias psicológicas basadas en la evidencia, y de los modelos transdiagnósticos en particular, en las últimas décadas ha habido un interés creciente por comprender cuáles son los mecanismos o procesos de cambio en la psicoterapia que impulsan los resultados terapéuticos positivos (Hofmann & Hayes, 2019), ya que a pesar de que estos tratamientos han mostrado una buena eficacia para la mejora de diversos trastornos mentales, aún existe un número significativo de pacientes que no responden adecuadamente al tratamiento (Fernández et al., 2006; Thornicroft et al., 2017). Por tanto, conocer cuáles son los procesos de cambio que subyacen a los resultados terapéuticos positivos puede ayudar a desarrollar tratamientos psicológicos más eficaces, así como a mejorar los ya existentes. Este enfoque tiene sus raíces en el modelo mediacional, que pretende encontrar cuáles son las variables mediadoras y moderadoras que explican la relación funcional entre un tratamiento psicológico y la respuesta al mismo por parte del paciente (Hofmann & Hayes, 2019). En esencia, el objetivo es identificar las variables a través de las cuales otras ejercen su influencia, así como en determinar en qué condiciones o grupos se manifiesta la interacción entre una variable y otra.

Entre los diferentes procesos de cambio implicados en la psicoterapia podemos encontrar la resolución de problemas, la exposición, la flexibilidad cognitiva, la RE, las estrategias motivacionales, la flexibilidad atencional, las estrategias de afrontamiento, el autocontrol o la aceptación psicológica entre muchas otras (Hayes & Hofmann, 2018; Klepac et al., 2012). Entre todas ellas, las estrategias de RE han recibido un gran interés, especialmente desde los enfoques terapéuticos transdiagnósticos, ya que un objetivo importante de la TCC-TD es entrenar a los pacientes en la mejora de ciertas estrategias cognitivo-conductuales de RE que conduzcan a una reducción de los síntomas

emocionales propios de la ansiedad o la depresión (Naragon-Gainey et al., 2017; Schäfer et al., 2017; Sloan et al., 2017).

La RE es un constructo multidimensional que, de forma global, se refiere a un conjunto heterogéneo de procesos involucrados en la modificación de las experiencias emocionales (Sloan et al., 2017). Sin embargo, se trata de un concepto complejo de definir y para el que no existe un consenso global, ya que con el paso del tiempo las definiciones de RE han ido abarcando más subprocesos y conductas, comprometiendo el valor empírico de este constructo. En este sentido, uno de los marcos conceptuales más sólidos y con mayor respaldo científico es el ofrecido por Gross (1998). En este modelo, la RE se define como el conjunto de estrategias que los individuos pueden utilizar para aumentar, mantener o disminuir su experiencia afectiva, incluidos los sentimientos, conductas o respuestas fisiológicas que conforman una emoción determinada (Gross, 1998). Este marco conceptual ha servido posteriormente para examinar la relación entre diversas estrategias específicas de RE y TE o síntomas subclínicos significativos (Aldao et al., 2010; Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010, 2012a, 2012b; Barrio-Martínez et al., 2024; D'Avanzato et al., 2013; Medrano et al., 2016; Muñoz-Navarro et al., 2022; Muñoz-Navarro, Malonda, et al., 2021; Sakiris & Berle, 2019; Sloan et al., 2017; Tsypes et al., 2013).

Uno de los trabajos más importantes, y que ha sentado las bases a la hora de hablar de las estrategias de RE que subyacen a diversos trastornos clínicos, es el metaanálisis realizado por Aldao et al. (2010). En este estudio se analizó la relación entre seis estrategias de RE (aceptación, evitación, resolución de problemas, reevaluación, rumiación y supresión emocional) y los síntomas de cuatro psicopatologías (ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria y trastorno por abuso de sustancias). El metaanálisis incluyó 114 estudios y combinó más de 240 tamaños del efecto. Una de las

aportaciones más importantes de este trabajo fue destacar la diferencia entre estrategias de RE adaptativas (REAs) y desadaptativas (REDs). Las primeras favorecen una correcta RE, mientras que las segundas la dificultan. Los resultados de este metaanálisis, y de un estudio posterior realizado por los mismos autores (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012b), mostraron que las estrategias de REDs estaban consistentemente y más fuertemente asociadas con los síntomas de los cuatro fenotipos clínicos que las REAs. Es decir, los procesos de RE que subyacen a la psicopatología son de tipo desadaptativo, indicando que el foco terapéutico probablemente debe centrarse en disminuir dichos procesos y no tanto en aumentar o potenciar las estrategias adaptativas (Aldao et al., 2010; Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010, 2012b; Sloan et al., 2017; Talkovsky & Norton, 2014). Debido a esto, en los años siguientes numerosos estudios han puesto el foco en estudiar el rol de las estrategias de RE, especialmente de las desadaptativas, en una amplia variedad de trastornos y síntomas emocionales (Hofmann & Hayes, 2019; Høglend & Hagtvet, 2019; Naragon-Gainey et al., 2017; Sakiris & Berle, 2019; Sloan et al., 2017).

Entre las REDs más estudiadas encontramos la rumiación (Enrique et al., 2021; Kircanski et al., 2015; McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011; Nolen-Hoeksema et al., 2008), la preocupación (Andrews et al., 2010; D. Borkovec et al., 2004; T. D. Borkovec et al., 1983; Ehring & Watkins, 2008; Harvey et al., 2004; Kircanski et al., 2015), la atención a las amenazas (K. J. Hsu et al., 2015; Lewis et al., 2019; Pergamin-Hight et al., 2015) y la metacognición negativa (Cucchi et al., 2012; Misso et al., 2019; Sarisoy et al., 2014; Sun et al., 2017, 2019; Wells, 2002).

La rumiación se define como un patrón de respuesta al estrés en el que el individuo piensa de forma pasiva y repetitiva en sus síntomas de angustia y en las causas y consecuencias de estos, sin iniciar una resolución activa del problema que le conduzca a la modificación de las causas de dichos síntomas (Nolen-Hoeksema et al., 2008). La

rumiación se caracteriza por cuatro componentes clave: el enfoque en los síntomas (atención excesiva en los síntomas de angustia o tristeza, incluyendo pensamientos repetitivos sobre el propio malestar emocional y físico), el análisis pasivo (las personas rumiativas tienden a reflexionar de manera pasiva sobre sus síntomas emocionales y problemas, preguntándose continuamente por qué se sienten de esa manera y cuáles podrían ser las causas subyacentes, sin llegar a conclusiones claras o soluciones), la autocrítica (la rumiación a menudo se acompaña de autocríticas o auto-reproches, donde la persona se culpa por sus sentimientos negativos y por no ser capaz de afrontarlos), y los ciclos viciosos o repetitivos (se generan círculos de pensamiento donde los pensamientos negativos alimentan el malestar emocional, y este a su vez aumenta la rumiación, perpetuando y agravando los síntomas de angustia). El estilo de pensamiento rumiativo se ha relacionado con una amplia variedad de trastornos y síntomas, como los síntomas depresivos (Broderick & Korteland, 2004; Nolen-Hoeksema et al., 2007; Schwartz & Koenig, 1996), el inicio y duración de episodios depresivos mayores (Nolen-Hoeksema et al., 2007; Robinson & Alloy, 2003; Rood et al., 2012), el TAG (Fresco et al., 2002; Harrington & Blankenship, 2002), el TEPT (Mayou et al., 2002) o la ansiedad social (Mellings & Alden, 2000). Es decir, la rumiación se encuentra relacionada tanto con la ansiedad como con la depresión, lo que subraya el rol transdiagnóstico de esta RED en los TE (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Muñoz-Navarro et al., 2022; Sakiris & Berle, 2019; Sloan et al., 2017). Algunos estudios han mostrado que la inducción experimental de un estilo rumiativo en individuos sometidos a estrés conduce a un pensamiento más desadaptativo y negativo (Lyubomirsky et al., 1998), a una generación de soluciones menos eficaz (Donaldson & Lam, 2004; Watkins & Baracaia, 2002; Watkins & Moulds, 2005), a mayor incertidumbre e inmovilización en la implementación de soluciones (Lyubomirsky et al., 2006; Ward et al., 2003), y a una menor disposición a

realizar actividades que mejoren el estado de ánimo (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993). En definitiva, la rumiación es una RED que actúa mediante un mecanismo de refuerzo negativo para iniciar y mantener estados emocionales negativos, ya que de forma inconsciente evita que el individuo reflexione y afronte situaciones que percibe como amenazantes y ante las que siente la certeza de que son incontrolables y escapan a su control, lo que le genera síntomas de angustia y malestar.

El concepto de preocupación se ha desarrollado de la mano del concepto de rumiación, pero a pesar de ser constructos que pueden parecer muy similares entre sí, presentan diferencias sustanciales. La preocupación se ha definido como una serie de pensamientos repetitivos cargados de afecto negativo y relativamente incontrolables, que representan un intento de involucrarse en la resolución de un problema sobre una cuestión cuyo resultado es incierto, pero que contienen la posibilidad de uno o más resultados negativos (Borkovec et al., 1983). Las características centrales de la preocupación como RED son: el enfoque en el futuro (la preocupación se dirige hacia eventos futuros, anticipando peligros y amenazas), el contenido de los pensamientos (se compone principalmente de pensamientos sobre situaciones futuras hipotéticas y posibles consecuencias negativas) y el predominio verbal (la preocupación implica un diálogo interno constante y verbal). Borkovec et al. (2004) señalan la importancia del predominio de la actividad verbal en la preocupación, ya que considera que esta característica apoya la función no consciente de la preocupación para evitar cognitivamente imágenes aversivas. Asimismo, Nolen-Hoeksema et al. (2008) argumentaron que la preocupación implica una sensación de incertidumbre más que la certeza sobre las situaciones, generando la creencia de que las situaciones podrían ser más controlables si uno trabajara duro (o se preocupara) lo suficiente. Teniendo esto en cuenta, podemos ver que la rumiación y la preocupación son dos REDs que, a pesar de ser procesos cognitivos

negativos y repetitivos, difieren significativamente en su enfoque temporal, contenido de pensamientos y funciones emocionales. La rumiación se centra en el pasado y la autocritica, mientras que la preocupación se enfoca en el futuro y la anticipación de las amenazas. La preocupación ha sido relacionada con el TDM y con el TAG, mostrando que se trata de una RED transdiagnóstica en los TE (Ehring & Watkins, 2008; Harvey et al., 2004; Kircanski et al., 2015). De hecho, la preocupación ha mostrado ser un proceso cognitivo especialmente pernicioso en los pacientes con diagnósticos concurrentes de TDM y TAG (Dupuy & Ladouceur, 2008; Kircanski et al., 2015). Además, la preocupación también ha mostrado ser una RED más predominante en el TAG que en el TDM, llevando a algunos autores a señalar que este proceso cognitivo es el componente central del TAG, proponiendo una revisión y planteando la posibilidad de llamarlo Trastorno de preocupación generalizada (Andrews et al., 2010).

La atención a las amenazas es un sesgo atencional en el que las personas muestran una tendencia a dirigir de manera desproporcionada su atención hacia estímulos que perciben como amenazantes o peligrosos en su entorno (Pergamin-Hight et al., 2015). Las características principales del sesgo atencional a las amenazas son: la preferencia atencional (los individuos tienden a detectar y enfocarse más rápidamente en señales de peligro o amenaza, en comparación con señales de carácter neutro o positivo), el mantenimiento atencional (una vez identificados los estímulos amenazantes, la persona tiende a mantener su atención en ellos durante más tiempo del habitual, dificultando los cambios atencionales hacia estímulos más positivos) y el procesamiento distorsionado de la información (se realiza una interpretación exagerada de situaciones como peligrosas o amenazantes, incluso cuando no lo son, generando así mayores niveles de ansiedad y estrés). La falta de control atencional se ha relacionado con procesos cognitivos como la memoria de trabajo o el control inhibitorio (Hsu et al., 2015), por ello, algunos autores,

como Koster et al. (2011), han propuesto que el sesgo atencional hacia las amenazas es un factor crucial de vulnerabilidad para el inicio y exacerbación de la rumiación, ya que supone una capacidad deficiente para desviar la atención de los pensamientos negativos repetitivos que constituyen la rumiación. Así, las personas con un buen control de la atención son capaces de desconectarse de los pensamientos negativos, lo que permite emplear diversas estrategias de RE, poniendo fin al ciclo de estado de ánimo negativo y rumia (Koster et al., 2011; Nolen-Hoeksema, 1991, 2000; Nolen-Hoeksema & Davis, 1999). Este hecho ha llevado a desarrollar tratamientos de modificación del sesgo de atención, diseñados especialmente para reducir la ansiedad mediante cambios en los patrones de atención relacionados con amenazas (Bar-Haim, 2010; Mathews & MacLeod, 2002). Algunos estudios recientes han mostrado que este tipo de tratamientos tienen un tamaño del efecto medio en la reducción de diversos trastornos de ansiedad (Beard et al., 2012; Hakamata et al., 2010; Hallion & Ruscio, 2011; Mogoşe et al., 2014). En general, el sesgo de atención a las amenazas se ha relacionado con los trastornos de ansiedad (Bar-Haim et al., 2007) y la depresión (Koster et al., 2011), mostrando que también es una RED transdiagnóstica importante en los TE.

Por último, las metacogniciones se definen como pensamientos sobre los propios pensamientos (Wells & Matthews, 1996). Comprenden el conocimiento que una persona tiene sobre sus propios procesos cognitivos y estrategias de afrontamiento, lo que incluye creencias sobre qué pensamientos son peligrosos o incontrolables. Según el modelo de trastornos psicológicos de la función ejecutiva autorreguladora de Wells & Matthews (1996), las metacogniciones negativas contribuyen a la perturbación emocional sostenida y la psicopatología debido a su papel central en Síndrome Cognitivo-Atencional (SCA). El SCA es un patrón de pensamiento que implica preocupación, rumiación, atención a las amenazas y respuestas cognitivas disfuncionales. Según este modelo, las

metacogniciones juegan un papel central en el desarrollo y mantenimiento de este síndrome. Por ejemplo, una persona con la creencia de que no puede controlar sus pensamientos negativos y de que eso le causará sufrimiento se sentirá atrapada en un estado constante de vigilancia y preocupación, lo que a su vez alimentará la ansiedad y perpetuará el ciclo de SCA. Además, las metacogniciones negativas pueden llevar a la evitación de situaciones y pensamientos temidos, lo que mantiene e intensifica la percepción de incontrollabilidad, fomentando una hipervigilancia hacia posibles amenazas e incrementando la tendencia a los síntomas de ansiedad (Sun et al., 2017). Las metacogniciones se han relacionado con diversos TE, como el TAG (Wells 2002), el TOC (Cucchi et al., 2012; Koch & Exner, 2015), el trastorno de pánico (Cucchi et al., 2012) y la depresión (Sarisoy et al., 2014). Asimismo, un estudio reciente mostró que la metacognición negativa era la RED con un efecto indirecto de mediación más consistente en la relación entre la TCC-TD y los síntomas de ansiedad, depresión y somatizaciones, así como de la CdV y el funcionamiento (Muñoz-Navarro et al., 2022), lo que subraya su rol transdiagnóstico y modulador en los TE y las diversas estrategias de RE (Sun et al., 2017; Wells, 2008).

Debido al rol transdiagnóstico de estas estrategias, así como al alto nivel de solapamiento de los TE, la delimitación conceptual de estas REDs sigue siendo controvertida (Naragon-Gainey et al., 2017). Algunos autores han sugerido que algunas estrategias predominan sobre las demás (Lewis et al., 2019), mientras que otros sostienen que estos procesos pueden solaparse (Aldao et al., 2010; Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Fresco et al., 2002). Los hallazgos de algunos estudios indican que la rumiación, la preocupación y la atención a las amenazas pueden agruparse sobre la base de un único factor subyacente (Nordahl & Wells, 2019; Reinholdt-Dunne et al., 2019). Del mismo modo, un estudio muy reciente con los datos del proyecto PsicAP ha mostrado que la

rumiación, la preocupación, la atención a las amenazas y las metacogniciones negativas pueden explicarse de una manera más precisa mediante un modelo estadístico *bifactor* (Muñoz-Navarro et al., *under review*). Según este modelo, estas cuatro REDs pueden agruparse en un factor general común (factor cognitivo-emocional desadaptativo-FCED), al mismo tiempo que mantienen ciertos criterios de independencia de constructo específicos. Es decir, a pesar de que cada una de estas estrategias presenta características específicas que las diferencian de las demás, también existe un porcentaje de varianza común entre todas ellas que permite explicar su relación a través de un factor general cognitivo desadaptativo subyacente. Asimismo, en este trabajo también se realizaron pruebas de evaluación predictiva para la detección de TAG, TDM y trastorno de pánico mediante los cuatro factores de forma independiente y el FCED, en comparación a una submuestra que fueron diagnosticados mediante una entrevista diagnóstica semi-estructurada. Los resultados mostraron que los factores independientes por sí solos no tuvieron suficiente capacidad predictiva para detectar ninguno de estos trastornos, pero que el factor general sí era capaz de detectar aceptablemente los tres trastornos clínicos. Estos resultados indican que estas cuatro REDs pueden considerarse como un factor cognitivo transdiagnóstico en los TE, lo que puede ayudar a mejorar la detección y tratamiento de estos trastornos desde una perspectiva de la TCC-TD basada en procesos (Abramovitch et al., 2021; Hayes & Hofmann, 2018; Hofmann & Hayes, 2019; Sloan et al., 2017; Muñoz-Navarro et al., *under review*).

1.3.3. Secuencia de aparición y tratamiento de los síntomas de ansiedad y depresión.

Como se ha comentado anteriormente, los trastornos de ansiedad y depresión son altamente prevalentes y comórbidos (Santomauro et al., 2021; Vos et al., 2017; WHO,

2022). Esto ha llevado a estudiar los factores etiológicos de ambos trastornos durante décadas, así como la relación y secuencia de aparición entre ellos (Abramson et al., 1989; Alloy et al., 1990; Barlow, 2011; Barlow, 2000; Beck et al., 1979; Beck & Greenberg, 1989; Beck et al., 1987; Clark & Watson, 1991). Hasta la fecha, la evidencia indica que el TAG a menudo precede temporalmente al TDM (Alloy et al., 1990; Breslau et al., 1995; Kovacs et al., 1989; Mathew et al., 2011; Merikangas et al., 2003; Regier et al., 1990; Wittchen & Hand, 1998) y predice el curso del TDM (Sanford et al., 1995), lo que ha llevado a algunos autores a sugerir que el TAG puede desempeñar un papel causal en el desarrollo del TDM (Brady & Kendall, 1992). Los estudios de prevalencia de por vida han señalado que un alto porcentaje de personas (aproximadamente un 60%) que padecen o han padecido un TDM también han cumplido previamente con los criterios de un TAG u otro trastorno de ansiedad, que con el paso del tiempo y sin intervención terapéutica, ha evolucionado hasta provocar la aparición de un trastorno depresivo (Kessler et al., 2003, 2005, 2008; Mathew et al., 2011). Reconocer y detectar esta comorbilidad secuencial puede ser especialmente importante, ya que tratar el TAG de forma temprana puede ser una ventana de oportunidad para prevenir el TDM posterior (Moffitt et al., 2007).

Antes de abordar el cómo trabajar en psicoterapia diversas estrategias comunes o procesos subyacentes a estos trastornos que puedan llevar a la reducción en cascada de los síntomas de ansiedad y depresión, es necesario conocer brevemente algunos de los modelos que se han ocupado de explicar esta aparición secuencial entre la ansiedad (incluso los síntomas somáticos) y la depresión. Entre los diferentes modelos encontramos cuatro especialmente relevantes: el modelo cognitivo (Beck et al., 1979; Beck & Greenberg, 1989), el modelo tripartito (Clark & Watson, 1991), el modelo de indefensión-desesperanza (Alloy et al., 1990) y el modelo jerárquico de los tres factores (Barlow, 2000).

El modelo cognitivo de Beck, basado en el procesamiento de la información, sostiene que las emociones y comportamientos de una persona están profundamente influenciados por la manera en la que percibe e interpreta los eventos de su vida (Beck et al., 1979; Beck & Greenberg, 1989; Beck et al., 1987). Según este modelo, existen tres componentes que explican la aparición y mantenimiento de los TE: los pensamientos automáticos negativos (pensamientos rápidos y espontáneos que ocurren como respuesta a situaciones específicas), esquemas cognitivos (estructuras de conocimiento profundas que contienen creencias sobre uno mismo, los demás y el mundo) y las distorsiones cognitivas (errores sistemáticos en el procesamiento de la información, como la sobregeneralización o el pensamiento dicotómico). Basándose en este modelo, Beck desarrolló la hipótesis de la especificidad de contenido (Beck & Greenberg, 1989; Beck et al., 1987). La idea principal de esta hipótesis es que, aunque todos los TE presentan distorsiones o sesgos sistemáticos en el procesamiento de la información, cada trastorno tiene un contenido cognitivo específico y característico. En el contexto de la ansiedad, el contenido cognitivo se centra en la percepción de peligro y amenaza. Los individuos con problemas de ansiedad tienden a sobreestimar la probabilidad y la gravedad de los eventos negativos, así como a subestimar su capacidad para enfrentarlos, lo que les conduce a un estado constante de hipervigilancia y preocupación. Por otro lado, en el contexto de la depresión, el contenido cognitivo se centra en lo que se conoce como la triada cognitiva (Beck et al., 1979): una visión negativa de uno mismo (autocrítica), una visión negativa del mundo (pesimismo) y una visión negativa del futuro (desesperanza). Esta visión e interpretación de los eventos vitales es la que conduce al desarrollo de los sentimientos de tristeza profunda y anhedonia característicos de la depresión. Desde el modelo de Beck, la ansiedad puede preceder a la depresión cuando los pensamientos ansiosos crónicos y la percepción constante de amenazas (propios de la ansiedad) llevan al

individuo a un estado de desesperanza y pesimismo (propios de la depresión). Algunos de los mecanismos que pueden explicar esta transición entre un patrón cognitivo-conductual de tipo ansiógeno a otro de tipo más depresógeno son los siguientes. En primer lugar, la constante hipervigilancia y percepción de amenazas generan un estado sostenido de estrés y agotamiento emocional, lo que lleva al individuo a sentirse indefenso y desesperanzado cuando los intentos repetidos de controlar las amenazas percibidas fracasan. En segundo lugar, la ansiedad constante y las percepciones de fracaso para manejarla pueden llevar a una mayor autocrítica, donde los individuos empiezan a ver sus intentos fallidos como evidencia de su incompetencia, lo que refuerza las creencias negativas sobre sí mismos. Finalmente, los comportamientos de evitación (inicialmente válidos para manejar situaciones que generan una ansiedad elevada) pueden evolucionar hasta el aislamiento social y una disminución significativa de las actividades cotidianas y placenteras, lo que conduce a la anhedonia y a un estado de ánimo deprimido. El modelo cognitivo de Beck fue pionero en destacar la cognición y el procesamiento de la información como elementos centrales en el desarrollo y mantenimiento de los TE, ayudando a sentar las bases teóricas sobre las que otros autores propusieron sus modelos y variaciones.

El modelo tripartito de Clark & Watson (1991) es otro de los modelos con mayor evidencia empírica para explicar la amplia superposición y comorbilidad entre los síntomas de ansiedad y depresión. Este modelo plantea una solución de tres factores: el afecto negativo (AN), el afecto positivo (AP) y la hiperactivación fisiológica (HF). El AN se refiere a la predisposición de un individuo para experimentar una amplia gama de emociones desagradables como la angustia, la tristeza, la culpa, el miedo o la preocupación. El AP, por el contrario, hace referencia a la tendencia de las personas a experimentar emociones agradables y placenteras, como el entusiasmo, la alegría y la

confianza. Por último, la HF hace referencia a la activación del sistema nervioso autónomo, manifestada a través de un amplio conjunto de síntomas somáticos como la sudoración, las palpitaciones o la tensión muscular. Según estos autores, la ansiedad y la depresión presentan una alta relación y superposición debido a que el AN es un componente central y compartido entre ambos trastornos. De hecho, Clark & Watson (1991) postularon que uno de los motivos por los cuales existe una elevada correlación entre las medidas de autoinforme de ansiedad y depresión es que este tipo de pruebas se centran en la medición de la dimensión de AN y no de las demás. Por otro lado, los otros dos componentes son específicos para cada trastorno, el AP para la depresión y la HF para la ansiedad. De esta forma, la ansiedad resulta de la combinación entre un alto AN y una alta HF, y la depresión es el producto de la combinación entre un elevado AN y un bajo AP. Las personas con problemas de ansiedad experimentan una amplia gama de emociones negativas como el miedo, la preocupación o el nerviosísimo, al mismo tiempo que experimentan síntomas somáticos como taquicardia, tensión muscular o mareos. En cambio, las personas con problemas depresivos tienden a experimentar emociones negativas como la tristeza, la culpa o la desesperanza, al mismo tiempo que se sienten apáticos, desmotivados y anhedónicos. Teniendo en consideración este marco teórico, y a pesar de que Clark & Watson (1991) no se ocupan específicamente de la secuencia de aparición de síntomas de ansiedad y depresión, se puede hipotetizar un efecto de transición similar al que propone Beck. Por ejemplo, una persona que experimenta de manera constante un elevado AN y una elevada HF puede acabar con un agotamiento emocional y físico que le dificulte la capacidad para experimentar un AP normativo, generándose así un repertorio de emociones y conductas que lleven a los síntomas depresivos.

Otro modelo que ha tratado de explicar la relación entre la ansiedad, la depresión y su secuencia temporal es el modelo de indefensión-desesperanza (Alloy et al., 1990). Este modelo trata de unificar y refinar los modelos de indefensión aprendida (Seligman et al., 1975) y de la teoría de la desesperanza (Abramson et al., 1978, 1989). Para ello, Alloy et al. (1990) redefinieron y diferenciaron claramente los términos de indefensión y desesperanza. La indefensión hace referencia a la percepción de no contingencia entre la respuesta y la consecuencia (“nada puede hacerse”), y la desesperanza añade a la indefensión la expectativa de que la incontrolabilidad permanecerá inmutable en el futuro (“nunca lo podré afrontar”). Asimismo, añaden un nuevo constructo clave, la incertidumbre, definida como la incapacidad para predecir eficazmente la forma de afrontar una amenaza o peligro. Esto genera una estructura tripartita, similar a la del modelo de Clark & Watson (1991), donde la incertidumbre es el componente clave de la ansiedad, la desesperanza es el componente central de la depresión y la indefensión es un espacio compartido entre ambos trastornos que explica la transición de la ansiedad a la depresión. De esta forma, los individuos que experimentan ansiedad tienden hacia la incertidumbre constante, lo que genera sentimientos de preocupación e hipervigilancia. Esto conduce a un aumento de la percepción de incontrolabilidad, lo que a su vez lleva a realizar atribuciones negativas sobre los resultados obtenidos en las situaciones de amenaza percibidas. Estas atribuciones negativas son el nexo entre la incertidumbre y la indefensión, generando en la persona la percepción de que nada puede hacer para resolver su situación y, por tanto, aumentando su percepción de incontrolabilidad. Cuando la persona permanece en una situación de indefensión por un tiempo prolongado, la percepción de incontrolabilidad y las atribuciones negativas aumentan, conduciendo a la desesperanza y a la expectativa de que los mismos resultados negativos seguirán ocurriendo y que nada puede hacerse para prevenirlos o afrontarlos.

Por último, encontramos el modelo transdiagnóstico de la vulnerabilidad triple de (Barlow, 2000), el cual representa un esfuerzo integrador de las teorías previas existentes. Barlow plantea un modelo de tres factores jerárquicos donde tiene en consideración los aspectos biológicos y psicológicos de los TE. De esta forma, construye un marco teórico con tres factores: la vulnerabilidad biológica general, la vulnerabilidad psicológica general y la vulnerabilidad psicológica específica. La vulnerabilidad biológica general hace referencia a aspectos relacionados con la personalidad (determinada en gran medida por la genética y la herencia biológica con la que nacemos). En concreto, esta vulnerabilidad biológica se refiere a las dimensiones de neuroticismo/afecto negativo y extraversión/afecto positivo, tomadas y reformuladas del modelo tripartito de Clark & Watson (1991). El neuroticismo está asociado con una percepción de baja autoeficacia, hipervigilancia y una creencia de falta de control frente a eventos estresantes, lo que puede conducir a un individuo a mantener conductas de evitación que refuercen los síntomas de malestar. Por otro lado, la extraversión se relaciona con la activación comportamental, a través de conductas de entusiasmo, interés y optimismo. Sin embargo, una baja extraversión o afecto positivo se traduce en un bajo interés y un elevado pesimismo. Esta vulnerabilidad biológica general es el factor que subyace a la intensidad y a la frecuencia de la experiencia emocional negativa en los TE (Barlow, 2000; Barlow, 2011). La vulnerabilidad psicológica generalizada hace referencia a las experiencias tempranas con una alta carga emocional negativa que generan cambios en la función cerebral. Se encuentra relacionada con la percepción de incontrolabilidad e incertidumbre, lo que aumenta la probabilidad de interpretar situaciones ambiguas como amenazantes y contribuyendo directamente al desarrollo de un TE. Finalmente, la vulnerabilidad psicológica específica se refiere a las experiencias y aprendizajes concretos que una persona adquiere antes situaciones o estímulos específicos. La vulnerabilidad psicológica

específica interactúa con las otras dos vulnerabilidades para provocar la aparición de un TE u otro, como la ansiedad o la depresión. En definitiva, el modelo de Barlow (2000) sugiere que los trastornos de ansiedad y depresión no surgen de una única causa, sino que resultan de la interacción compleja de factores biológicos, psicológicos generales y psicológicos específicos, lo que explica su alta comorbilidad y pone el foco de atención en los procesos subyacentes comunes.

Teniendo en cuenta los mecanismos que explican la alta comorbilidad entre los TE, así como la relación secuencial en la aparición de síntomas de ansiedad/somáticos y depresivos, los tratamientos transdiagnósticos cobran una especial relevancia, especialmente en un contexto como el de AP, donde la mayoría de los pacientes presentan una alta comorbilidad de estos TE y los síntomas son leves-moderados (González-Blanch, Umaran-Alfageme, et al., 2018). A nivel terapéutico, algunos autores han señalado que las terapias dirigidas a síntomas comunes entre la ansiedad y la depresión (como el protocolo de TCC-TD del PsicAP), puede conducir a una mejora inicial de los síntomas de ansiedad (como la dificultad para relajarse o la irritabilidad) que generen a su vez una ola de cambios hacia síntomas más propios del estado depresivo (como la anhedonia o estado de ánimo decaído) (Barlow et al., 2013; Borsboom, 2017). Esto tiene sentido si se tiene en cuenta lo expuesto en los modelos explicativos anteriores, ya que la mayoría de protocolos transdiagnósticos, como el PsicAP (Cano-Vindel et al., 2016) o el Protocolo Unificado (Barlow, 2011), se basan en la psicoeducación, en técnicas de control fisiológico (control respiratorio y relajación muscular), en la mejora de la RE, en técnicas de detección y modificación de sesgos cognitivos (especialmente atencionales e interpretativos), en la reestructuración cognitiva, en la terapia exposición y la activación conductual, todos ellos componentes clave para el desarrollo, mantenimiento y transición entre estos TE.

Con el objetivo de ilustrar cómo un programa de psicoterapia transdiagnóstico, como el desarrollado en el programa PsicAP, puede lograr una mejora secuencial de los síntomas de ansiedad y depresión, a continuación, se plantea el caso hipotético de una paciente prototípica que acude con problemas emocionales a su médico de AP:

“N.M es una mujer de 38 años que acude a su médico de cabecera con síntomas de ansiedad y depresión, principalmente desencadenados por el ámbito laboral. Los síntomas de ansiedad incluyen preocupaciones constantes, tensión muscular y dificultades para relajarse. Por otro lado, sus síntomas de depresión se manifiestan principalmente en forma de anhedonia, fatiga y sentimientos de desesperanza. La evaluación previa al tratamiento confirma niveles moderados de TAG y leves de TDM. El tratamiento comienza con psicoeducación, donde N.M aprende la relación entre sus pensamientos, emociones y comportamientos, comprendiendo cómo la ansiedad puede llevar a la evitación y, eventualmente, a la depresión. Se le enseñan técnicas de control fisiológico, como la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva de Jacobson para reducir la activación del sistema nervioso simpático y entrenarla en técnicas preventivas ante situaciones con una alta carga emocional. Gracias a esto, N.M mejora su capacidad para regular sus emociones, ya que es capaz de identificar, reconocer y expresar de forma más adaptativa sus emociones. Se trabajan los sesgos atencionales e interpretativos para que N.M redirija su atención de las amenazas percibidas a estímulos neutrales o positivos y reinterprete situaciones ambiguas de manera menos amenazante. La reestructuración cognitiva se centra en identificar y desafiar pensamientos automáticos negativos, reemplazándolos con interpretaciones más racionales y positivas.

Tras esto, se comienza con la terapia de exposición, generando pequeños experimentos conductuales donde N.M enfrenta gradualmente sus miedos, disminuyendo sus comportamientos de evitación y aumentando su participación en actividades diarias. Esta reducción de la evitación permite a N.M involucrarse en actividades placenteras, mejorando su estado de ánimo y reduciendo la anhedonia. Al superar las situaciones temidas en el trabajo, N.M aumenta su confianza en sus habilidades para manejar el estrés, lo que reduce los sentimientos de desesperanza y mejora su autopercepción y autoeficacia. La participación en actividades agradables contrarresta la anhedonia y la fatiga, mejorando su estado emocional general. En resumen, a través de este enfoque transdiagnóstico, N.M reduce primero sus síntomas de ansiedad, generando una ola de cambios positivos que también mejoran sus síntomas depresivos (y evitando que empeoren), abordando tanto los síntomas específicos de cada trastorno como las vulnerabilidades subyacentes que contribuyen a ambos.”

En definitiva, múltiples estudios y modelos explicativos de la comorbilidad y secuencia de aparición de síntomas de ansiedad y depresión han mostrado que la ansiedad puede preceder a la depresión en un número significativo de pacientes, especialmente cuando los síntomas de estos no son graves. Además, parece plausible que los tratamientos transdiagnósticos, dirigidos a tratar los síntomas comunes y los procesos subyacentes, puedan ayudar a reducir primeramente los síntomas de ansiedad y, posteriormente, que estos cambios generen una mejora de los síntomas depresivos. Asimismo, este efecto en cascada es posible que sea especialmente importante en pacientes con una alta comorbilidad de TE, como los que acuden a AP, ya que podría ayudar actuar de manera preventiva sobre los casos en los que el TDM todavía no está

establecido, contribuyendo a reducir los costes personales y económicos que se derivan del tratamiento prolongado. Sin embargo, todavía es necesaria más investigación para determinar adecuadamente los efectos directos e indirectos de la psicoterapia sobre estos TE, para así comprender mejor sobre qué síntomas y procesos comunes se debe actuar prioritariamente (Jurado-González et al., 2023).

1.4. Objetivos de la tesis

Esta tesis tiene como objetivo principal estudiar los efectos terapéuticos del protocolo PsicAP de TCC-TD para la mejora de la CdV, producida indirectamente a través del cambio en los síntomas emocionales (ansiedad, depresión y somatizaciones), las REDs y los efectos de interacción de los antidepresivos.

Para articular estos objetivos generales, se plantean tres estudios independientes con los siguientes objetivos específicos:

- **Estudio 1:** tiene como objetivo principal estudiar los efectos de la TCC-TD sobre la modificación en serie de las REDs (preocupación, rumiación, atención a las amenazas y metacognición negativa) y los síntomas emocionales (ansiedad, depresión y somatizaciones) para mejorar la CdV. Para ello, se realizarán diversos modelos de mediación serial, donde se utilizará el FCED desarrollado por el grupo PsicAP en el trabajo de Muñoz-Navarro et al. (*under review*), para estudiar el rol de estas REDs de forma conjunta sobre cada uno de los síntomas emocionales de forma independiente. Se espera que las personas que reciben TCC-TD aprendan a regular mejor sus emociones a través de una reducción en el uso de REDs (medidas a través del FCED), lo que les conducirá a ser capaces de reducir más sus síntomas emocionales y ello a su vez repercutirá en una mejor CdV en el post-tratamiento.
- **Estudio 2:** tiene como objetivo principal investigar si el efecto de la TCC-TD sobre la CdV se produce a través de la reducción secuencial de síntomas emocionales, hipotetizando en primera instancia que, debido al perfil de pacientes (leves-moderados) y al tipo de programa aplicado en PsicAP (transdiagnóstico), la mejora en la CdV tras recibir TCC-TD puede estar producida por una reducción

inicial de los síntomas de ansiedad o somatizaciones, y posteriormente, una mejora en los síntomas depresivos. Para llevar a cabo este estudio se plantearán un conjunto de modelos de mediación serial donde los síntomas emocionales intercambiarán sus posiciones en la cadena secuencial.

- **Estudio 3:** tiene como objetivo principal estudiar los efectos de interacción de los antidepresivos con la TCC-TD para la reducción de síntomas emocionales (ansiedad, depresión y somatizaciones) y la mejora de CdV en el post-tratamiento. Para ello, se realizarán diversos modelos de mediación moderada. Se espera que aquellas personas que reciben TCC-TD y que no toman medicación antidepresiva reduzcan más sus síntomas de ansiedad, depresión y somatizaciones, lo que los llevará a un mayor aumento de las puntuaciones de CdV en el post-tratamiento.

2. Metodología

2.1. Participantes y procedimiento

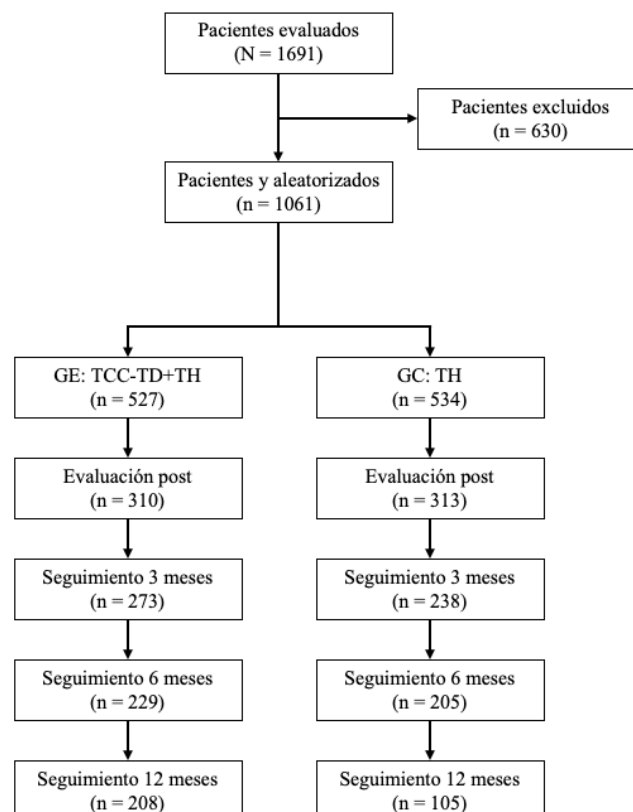
El presente trabajo utiliza datos recogidos en el proyecto PsicAP durante los años 2014-2019. El PsicAP fue un ECA multicéntrico llevado a cabo en veintidós centros de AP de ocho Comunidades Autónomas del SNS español (Andalucía, Castilla la Mancha, Madrid, País Vasco, Valencia, Cantabria, Navarra y Galicia). El objetivo del ensayo PsicAP, como ya se ha comentado, fue analizar la eficacia de un tratamiento compuesto por TCC-TD+TH frente al TH en solitario para el manejo de los TE leves-moderados en el contexto de AP. Para ello, se planteó un diseño de doble brazo y simple ciego. Es decir, dos condiciones experimentales, grupo control (GC, que recibe únicamente TH) y grupo experimental (GE, que recibe TCC-TD+TH), donde los evaluadores son ciegos antes y después del tratamiento, pero los pacientes solo pueden serlo en el pre-tratamiento. En el GE, psicólogos clínicos formados en la implementación del protocolo PsicAP, llevaron a cabo una intervención basada en TCC-TD en grupo (8-10 pacientes), durante siete sesiones (de una hora y media de duración aproximadamente) distribuidas a lo largo de 12-14 semanas. El GC recibió el TH proporcionado por los MAPs, principalmente prescripción de psicofármacos (antidepresivos, ansiolíticos o hipnóticos) y consejo médico (para más información sobre los tratamientos dispensados en cada condición experimental se pueden consultar los apartados previos de la introducción de esta tesis, así como consultando el artículo original del protocolo del estudio Cano-Vindel et al., 2016). El estudio fue aprobado por el Comité Ético Nacional de Investigación Científica en España, realizado de acuerdo con la Declaración de Helsinki (EURADICT: 2013-001955-11) y debidamente registrado (ISRCTN58437086). Todos los participantes dieron su consentimiento informado por escrito.

Los participantes del estudio PsicAP fueron reclutados a través de dos fases, con el objetivo de asegurar el cumplimiento de los criterios de inclusión/exclusión. En la primera fase, los MAPs se encargaban de informar y derivar a la segunda fase a todos aquellos pacientes que cumpliesen los siguientes criterios: 1) personas adultas de entre 18 a 65 años; 2) información en historias clínicas de presencia de trastornos/síntomas de ansiedad, depresión o síntomas somáticos; 3) criterios de la CIE-10 para TAG, TDM y TSS; y 4) impresión diagnóstica o sospecha clínica de la presencia de estos trastornos en el momento de consulta. En esta primera fase, el MAP informaba brevemente al paciente sobre el proyecto PsicAP y se le solicitaba la firma del consentimiento informado para poder participar en el estudio. En la segunda fase, un psicólogo investigador realizaba una evaluación psicológica más exhaustiva (1 hora aproximadamente), donde se administraba un conjunto de test psicológicos y se aseguraba el cumplimiento de los criterios para participar en el estudio. Tras esta segunda fase de evaluación, se incluía en el ensayo a todos aquellos pacientes que cumplían los puntos de corte predeterminados (o el algoritmo de decisión del PHQ) en al menos una de las subescalas de somatizaciones, ansiedad o depresión: PHQ-15 (≥ 10 puntos), GAD-7 (≥ 10 puntos) o PHQ-9 (≥ 10 puntos). Asimismo, se excluyeron todos aquellos casos en cuya historia clínica se observaba algún diagnóstico previo o actual de trastorno mental grave (e.j. trastorno bipolar o de personalidad) o en la segunda fase de reclutamiento fueron diagnosticados de un trastorno mental grave por el psicólogo clínico. También se excluyeron todos aquellos casos con un intento de suicidio reciente, aquellos que presentaban una elevada discapacidad funcional en el Inventario de Discapacidad de Sheehan ($SDS \geq 25$), aquellos que presentaban un trastorno por consumo de sustancias y aquellos con un trastorno del estado de ánimo grave ($PHQ-9 \geq 24$). Finalmente, también se excluyeron aquellos pacientes que no alcanzaron ninguno

de los criterios de inclusión citados en la segunda fase por no presentar una sintomatología clínicamente relevante.

Durante las fases de reclutamiento fueron evaluados un total de 1691 participantes potenciales. Sin embargo, tras la segunda fase de cribado con el psicólogo, solamente 1061 cumplieron con los criterios para ser incluidos finalmente en el ensayo. Posteriormente, estos pacientes fueron asignados al azar a las condiciones experimentales: GE = 527 y GC = 534. De estos 1061 pacientes aleatorizados, únicamente 623 completaron las evaluaciones posteriores al tratamiento, 310 en el GE y 313 en el GC (lo que representa unas tasas de abandono del 41,3% y 41,1% respectivamente). Asimismo, estos pacientes también fueron evaluados a los 3, 6 y 12 meses posteriores a la finalización del tratamiento para realizar un seguimiento de los resultados (figura 2).

Figura 2. Diagrama de flujo.



Para el desarrollo de esta tesis se utilizaron los datos de aquellos pacientes que completaron con éxito las fases pre y post tratamiento, lo que supone una muestra total de 623 pacientes (GE= 310 y GC = 313). Por ello, los análisis desarrollados para los tres estudios que componen esta tesis son análisis por protocolo (PP -por sus siglas en inglés- *per protocol*) y no por intención de tratar (ITT -por sus siglas en inglés- *intention to treat*). Debido a que esto puede llevar a algunos sesgos en los resultados, así como a no poder generalizar las conclusiones a toda la muestra (aquella que incluía a todos los pacientes aleatorizados, y que terminaron abandonando), se han realizado análisis suplementarios para garantizar la fiabilidad de estos (ver tablas suplementarias 1-5 en el material anexo A). El examen de los datos sugiere que la tasa de abandono fue similar en ambas condiciones experimentales y en aquellos pacientes que tomaban o no tomaban medicación antidepresiva. Es decir, el abandono en ambos grupos no obedece ni a la condición asignada ni a la toma (o no) de medicación antidepresiva. Tampoco hubo diferencias significativas en las medias de las variables de síntomas (ansiedad, depresión y somatizaciones) y CdV previas al tratamiento al comparar la muestra total aleatorizada (n=1061) y la muestra total tratada (n=623). Asimismo, tampoco hubo diferencias significativas en las medias de las variables de síntomas y CdV previas al tratamiento en los pacientes tratados (n=623) frente a los no tratados/abandonos (n=438) en la muestra total aleatorizada (n=1061). Por tanto, es presumible que el abandono de los participantes tras la aleatorización tampoco obedece a una mayor o menor gravedad de sus síntomas, ya que su línea basal de síntomas es similar. En esencia, los análisis suplementarios de los datos han mostrado que, a pesar de que los análisis que se presentan en esta tesis son por PP, pueden ser igual de generalizables y fiables que si fuesen por ITT.

A continuación, se presentan los datos sociodemográficos de la muestra. Con el objetivo de aportar la máxima información posible se aportan los datos para la muestra PP y para la muestra por ITT (tablas 3 y 4).

Tabla 3. Características sociodemográficas de la muestra.

Características	Total (n = 1061)	Intención de tratar (ITT)		Por protocolo (PP)	
		GE (n = 527)	GC (n = 534)	GE (n = 310)	GC (n = 313)
Género					
Mujer	861 (81.1)	424 (80.5)	437 (81.8)	247 (79.6)	258 (82.4)
Hombre	200 (18.9)	103 (19.5)	97 (18.2)	63 (20.3)	55 (17.6)
Grupo de edad					
≤ 19	16 (1.5)	10 (1.9)	6 (1.1)	2 (0.6)	4 (1.2)
20-39	386 (36.4)	189 (35.9)	197 (36.9)	102 (32.9)	92 (29.3)
40-59	581 (54.8)	295 (56.0)	286 (53.6)	181 (58.3)	183 (58.4)
≥ 60	78 (7.4)	33 (6.3)	45 (8.4)	25 (8.0)	34 (10.8)
Estado civil					
Casado/a	513 (48.4)	265 (50.3)	248 (46.4)	172 (55.4)	159 (50.7)
Divorciado/a	87 (8.2)	53 (10.1)	34 (6.5)	28 (9.0)	21 (6.7)
Viudo/a	29 (2.7)	15 (2.8)	14 (2.6)	6 (1.9)	10 (3.1)
Separado/a	58 (5.5)	21 (4.0)	37 (6.9)	10 (3.2)	18 (5.7)
En pareja	212 (20.0)	110 (20.0)	102 (19.1)	51 (16.4)	53 (17.5)

Soltero/a	162 (15.3)	63 (12.0)	99 (18.5)	43 (13.8)	52 (16.6)
<i>Nivel educativo</i>					
Sin estudios	11 (1.0)	4 (0.8)	7 (1.3)	3 (0.9)	3 (0.9)
Primaria	267 (25.2)	127 (24.1)	140 (269.2)	65 (20.9)	87 (27.7)
Secundaria	233 (22.0)	111 (21.1)	122 (22.8)	59 (19.0)	66 (21.0)
Bachillerato/FP	262 (24.7)	139 (26.4)	123 (23.0)	90 (29.0)	79 (25.2)
Universidad	242 (22.8)	123 (23.3)	119 (22.3)	83 (26.7)	70 (22.3)
Máster/doctorado	46 (4.3)	23 (4.4)	23 (4.3)	10 (3.2)	8 (2.5)
<i>Situación laboral</i>					
Tiempo completo	248 (14.7)	93 (17.6)	87 (16.3)	46 (14.8)	44 (14)
Tiempo parcial	633 (37.4)	183 (34.7)	209 (39.1)	115 (37.0)	120 (38.3)
Desempleado	568 (33.5)	184 (34.9)	183 (34.2)	105 (33.8)	104 (33.2)
Baja temporal	129 (7.6)	41 (7.8)	32 (6.0)	26 (8.3)	24 (7.6)
Baja permanente	37 (2.2)	13 (2.5)	10 (1.9)	8 (2.5)	9 (2.8)
Jubilado/a	76 (4.5)	13 (2.5)	13 (2.4)	9 (2.9)	12 (3.8)
<i>Nivel de ingresos</i>					
Menos de 12.000 €	670 (39.6)	195 (37)	214 (40)	98 (31.6)	116 (37)
12.000 € y 24.000 €	690 (40.8)	218 (41.4)	215 (40.2)	137 (44.1)	129 (41.2)
24.000 € y 36.000 €	218 (12.9)	73 (13.9)	74 (13.9)	46 (14.8)	48 (15.3)
Más de 36.000 €	113 (6.7)	41 (7.8)	31 (5.8)	29 (9.3)	20 (6.3)

Nota: en todas las características: n (%); GE: grupo experimental; GC: grupo control; PP: por protocolo; ITT: intención de tratar. Grupo de edad expresado en años.

Tabla 4. Línea base de las variables de estudio.

Variables	Total (n = 1061)	Intención de tratar (ITT)		Por protocolo (PP)	
		GE (n = 527)	GC (n = 534)	GE (n = 310)	GC (n = 313)
Síntomas					
GAD-7	12.28 (4.6)	12.44 (4.6)	12.12 (4.6)	12.55 (4.6)	12.09 (4.5)
PHQ-9	13.61 (5.3)	13.73 (5.3)	13.50 (5.4)	13.76 (5.1)	13.40 (5.3)
PHQ-15	14.15 (4.8)	14.27 (4.9)	14.04 (4.7)	14.07 (4.9)	13.97 (4.6)
Calidad de vida (CdV)					
C Global	2.91 (0.8)	2.92 (0.8)	2.90 (0.8)	2.89 (0.8)	2.89 (0.7)
CdV Psicológica	16.81 (3.8)	16.75 (3.8)	16.88 (3.8)	16.72 (3.6)	16.91 (3.7)
CdV Física	22.22 (4.3)	22.10 (4.3)	22.34 (4.2)	21.90 (4.3)	22.31 (4.2)
CdV Social	9.08 (2.4)	9.08 (2.4)	9.09 (2.4)	8.97 (2.3)	9.11 (2.3)
Ambiental	25.46 (4.5)	25.67 (4.6)	25.25 (4.5)	25.94 (4.5)	25.58 (4.2)
REDs					
PSWQ-A	30.09 (6.7)	30.03 (6.8)	30.14 (6.6)	29.71 (7.0)	29.96 (6.4)
RRS-B	13.55 (3.5)	13.67 (3.5)	13.44 (3.6)	13.52 (3.6)	13.26 (3.5)
MCQ-NB	16.35 (4.1)	16.42 (4.1)	16.29 (4.1)	16.49 (4.0)	16.12 (4.0)
IACTA-PB	8.15 (5.4)	8.37 (5.3)	7.92 (5.4)	8.55 (5.3)	7.94 (5.3)

FCED	0.05	0.07	0.06	0.07	0.09
<i>Antidepresivos</i>					
Sí	272 (25.7)	128 (24.2)	145 (26.9)	73 (23.5)	89 (28.4)
No	786 (74.2)	397 (75.3)	389 (72.8)	237 (76.4)	224 (71.5)

Nota: GE: grupo experimental; GC: grupo control; PP: por protocolo; ITT: intención de tratar; REDs: estrategias de regulación emocional desadaptativas. PSWQ: *Penn State Worry Questionnaire* (preocupación); RRS: *Ruminative Responses Scale* (rumiación); MCQ: *Metacognitive Questionnaire-Negative Beliefs* (Metacognición negativa); IACTA: inventario de actividad cognitiva en los trastornos de ansiedad (atención a las amenazas). FCED: factor cognitivo-emocional desadaptativo. En todas las variables de síntomas, CdV y REDs: M (DE); En el caso de los antidepresivos: n (%).

2.2. Instrumentos

A continuación, se detallan todos los instrumentos utilizados para los tres estudios que componen esta tesis. A modo de resumen, para el estudio 1 se han utilizado: el GAD-7, el PHQ-9, el PHQ-15, el PSWQ-A, el RRS-B, el MCQ-NB, el IACTA-PB y el WHOQOL. En el estudio 2 se han utilizado: el GAD-7, el PHQ-9, el PHQ-15 y el WhoQoL. Finalmente, para el estudio 3 se han utilizado los mismos instrumentos que para el estudio 2 (GAD-7, PHQ-9, PHQ-15 y WHOQOL) más el cuestionario *ad hoc* para recoger la información sobre el consumo de antidepresivos.

Medidas de síntomas

Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7): el GAD-7 se utilizó para evaluar los síntomas de ansiedad generalizada (Spitzer et al., 2006). El cuestionario consta de 7 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos (0 = nunca, 1 = algunos días, 2 = más de la mitad de los días y 3 = casi todos los días). El paciente debe responder en función de la frecuencia con la que ha experimentado diversos síntomas en las dos últimas semanas y la puntuación máxima es de 21 puntos. Una puntuación igual o superior a 10 puntos representa síntomas clínicamente significativos y, a medida que aumenta la puntuación, se considera una mayor gravedad de los síntomas de ansiedad. Puntuaciones inferiores o iguales a 9 puntos indican síntomas muy leves o clínicamente no relevantes. Se utilizó la versión española validada por García-Campayo et al. (2010), que también ha sido validada para el ámbito de la AP (Moreno et al., 2019; Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, Moriana, et al., 2017), mostrando buenas propiedades psicométricas. La consistencia interna del instrumento en la muestra fue buena ($\alpha = .87$).

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): se utilizó el PHQ-9 para evaluar los síntomas depresivos (Kroenke et al., 2001). Esta escala se compone de nueve ítems que

engloban diversos síntomas (experimentados en las dos últimas semanas) basados en los criterios del DSM-IV para el TDM . El formato de respuesta es una escala tipo Likert de 4 puntos (0 = nunca, 1 = algunos días, 2 = más de la mitad de los días y 3 = casi todos los días). La puntuación máxima de la escala es de 27 puntos. La detección de síntomas depresivos clínicos significativos se puede realizar de dos formas: mediante un algoritmo específico o mediante un punto de corte. El algoritmo considera una puntuación relevante si cumple las siguientes condiciones: puntuar con un 2 o un 3 en al menos uno de los dos primeros síntomas (“estado deprimido/yo pérdida de interés”), y con un 2 o 3 en al menos cinco de los nueve síntomas totales (el noveno síntoma hace referencia al suicidio, si este puntúa con 1 también se contabiliza). Por otro lado, también se puede utilizar un punto de corte de 10 puntos para la detección de síntomas clínicamente significativos con unos buenos criterios de sensibilidad y especificidad. En el PHQ-9 se pueden obtener diferentes puntos de corte para demarcar la gravedad de los síntomas depresivos. Así, puntuaciones inferiores o iguales a 9 puntos indican síntomas clínicamente no relevantes (o muy leves, si son inferiores a 6), puntuaciones entre 10-14 puntos indican síntomas leves de depresión, puntuaciones de 15-19 indican síntomas de depresión moderada, puntuaciones de 20-24 puntos indican síntomas graves y puntuaciones superiores a 24 puntos indican un posible TDM que requiere ser evaluado con más atención mediante una entrevista diagnóstica. Este cuestionario tiene buenas propiedades psicométricas y fue validado en una muestra de pacientes de AP en España (Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, Medrano, et al., 2017). La consistencia interna en la muestra fue buena ($\alpha = .86$).

Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15): el PHQ-15 se utilizó para evaluar los síntomas somáticos (Kroenke et al., 2002). Se administró la versión traducida al español del PHQ original, que consta de 13 ítems referidos a síntomas somáticos más los dos ítems somáticos que también existen en el PHQ-9, referidos al sueño y la fatiga. Los

pacientes responden en una escala de tipo Likert de tres anclajes (0 = no me molestó en absoluto, 1 = me molestó un poco y 2 = me molestó mucho) y la puntuación máxima del cuestionario es de 30 puntos. Según el algoritmo del PHQ-15, para la detección de un probable TSS es necesario que, en al menos 3 de los 13 primeros síntomas, la persona puntúe el máximo (2 puntos) sin que haya una explicación médica a la base. En términos generales, una mayor puntuación en la escala representa una mayor cantidad de síntomas somáticos y, por tanto, una mayor gravedad de las somatizaciones sin explicación médica aparente. Este instrumento tiene buenas cualidades psicométricas (Kroenke et al., 2002) y ha sido validado en español (Robles et al., 2024; Ros Montalbán et al., 2010). La fiabilidad de esta escala en la muestra fue buena ($\alpha = .80$).

Medidas de CdV

World Health Organization Quality of life Instrument-Abbreviated version (WHOQOL-Bref): para evaluar la calidad de vida se utilizó el WHOQOL-Bref una versión abreviada y validada en español (Lucas-Carrasco, 2012) del cuestionario original (OMS, 1995), que está compuesto por 26 ítems con una escala de respuesta tipo Likert con 5 puntos de anclaje (1 = nada, 2 = un poco, 3 = moderado, 4 = bastante y 5 = completamente). Este instrumento proporciona una puntuación global de CdV (de 0 a 4 puntos) y 4 dimensiones independientes: psicológica, física, social y ambiental. Una puntuación más alta en cualquiera de las dimensiones indica una mayor calidad de vida. Asimismo, el estudio de validación de este instrumento en AP mostró una buena consistencia interna, así como una buena validez convergente y discriminante (Lucas-Carrasco, 2012).

Medidas de REDs

Ruminative Responses Scale - Brooding (RRS-B): este instrumento fue desarrollado por Nolen-Hoeksema (1991) y validado en español por Hervás Torres (2008) para la evaluación del pensamiento rumiativo. La escala global RRS está compuesta por dos factores que evalúan dos tipos diferentes de rumiación: una basada en la reflexión y otra basada en los reproches. La diferencia entre ambas radica en que la primera representa una estrategia adaptativa, mientras que la segunda resulta desadaptativa (Hervás Torres, 2008). Para este trabajo se ha utilizado únicamente la escala de rumiación-reproches compuesta por 5 ítems. La RRS-B utiliza una escala de respuesta tipo Likert de cuatro puntos de anclaje (1 = casi nunca, 2 = algunas veces, 3 = a menudo y 4 = casi siempre). Una mayor puntuación total en la escala indica mayores niveles de rumiación desadaptativa. Esta subescala (RRS-B) fue validada en pacientes de AP (Muñoz-Navarro, Adrián Medrano, et al., 2021), mostrando una buena consistencia interna ($\alpha = .77$).

Penn State Worry Questionnaire - Abbreviated (PSWQ-A): el PSWQ fue desarrollado para evaluar la preocupación (Meyer et al., 1990). En el presente estudio se utilizó una versión abreviada de 8 ítems (PSWQ-A) del instrumento original (Hopko et al., 2003) y validada posteriormente en español en una muestra de AP (Muñoz-Navarro, Adrián Medrano, et al., 2021). La escala de respuesta es de tipo Likert con 5 puntos de anclaje (1 = no es típico en mí, 2 = es algo típico en mí, 3 = es típico en mí, 4 = es bastante típico en mí y 5 = es muy típico en mí). Una mayor puntuación global en la escala indica mayores niveles de preocupación desadaptativa. La escala mostró una muy buena consistencia interna ($\alpha = .89$).

Inventory of Cognitive Activity in Anxiety Disorders - Panic Brief (IACPA-PB): el IACPA-PB (Cano-Vindel, 2001) está compuesto por cinco ítems para evaluar la atención orientada a la amenaza en las sensaciones de ansiedad (ej. “presto mucha

atención a los pensamientos relacionados con los miedos y la actividad física”). La escala de respuesta es de tipo Likert con 5 puntos de anclaje (0 = casi nunca, 1 = pocas veces, 2 = unas veces sí y otras no, 3 = muchas veces y 4 = casi siempre). Una mayor puntuación en la escala global implica una mayor atención a las amenazas. La versión utilizada para este estudio está validada en pacientes de AP (Muñoz-Navarro, Adrián Medrano, et al., 2021). La consistencia interna del instrumento en la muestra fue buena ($\alpha = .87$).

The Metacognitions Questionnaire - Negative Beliefs (MCQ-NB): la versión original de este instrumento (MCQ-30) fue desarrollado por Wells & Cartwright-Hatton (2004). El MCQ-NB es una escala abreviada de 5 ítems que evalúa las creencias negativas sobre la incontrolabilidad/peligro (metacogniciones negativas). La escala de respuesta es de tipo Likert con 4 puntos de anclaje (1 = totalmente en desacuerdo, 2 = algo en desacuerdo, 3 = algo de acuerdo y 4 = totalmente de acuerdo). Una mayor puntuación en la escala global indica un mayor nivel de creencias metacognitivas negativas. La escala utilizada fue validada en pacientes de AP (Muñoz-Navarro, Adrián Medrano, et al., 2021). La consistencia interna del instrumento en la muestra fue buena ($\alpha = .85$).

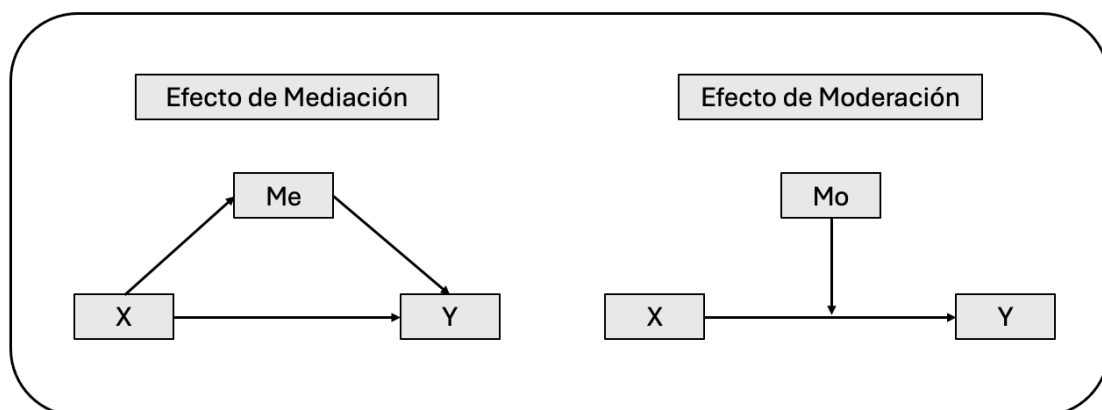
Variables sociodemográficas y consumo de antidepresivos

Cuestionario Ad hoc: para recoger la información relativa a los datos sociodemográficos y el consumo de antidepresivos se realizó un cuestionario ad hoc. En relación a los antidepresivos se incluyó una respuesta dicotómica (“¿consume usted antidepresivos?”), donde los participantes debían responder sí o no.

2.3. Análisis

Los análisis presentados en los tres estudios de esta tesis se basan en el paradigma estadístico de la mediación y la moderación (Baron & Kenny, 1986; Hayes, 2018). De forma breve, la mediación tiene como objetivo principal explicar el “cómo” una variable X afecta a otra variable Y. Es decir, trata de encontrar a través de qué variables secundarias, una variable independiente ejerce su efecto causal sobre otra variable dependiente. Por otro lado, la moderación trata de explicar “cuándo” una variable X afecta a otra variable Y. Es decir, bajo qué condiciones/niveles del moderador una variable independiente ejerce su efecto causal sobre otra variable dependiente (figura 3). Tanto la mediación como la moderación utilizan como base estadística la regresión lineal (Hayes, 2018).

Figura 3. Diagrama de los efectos de mediación y moderación.



Nota: X: variable independiente; Y: variable dependiente; Me: Mediador; Mo: moderador.

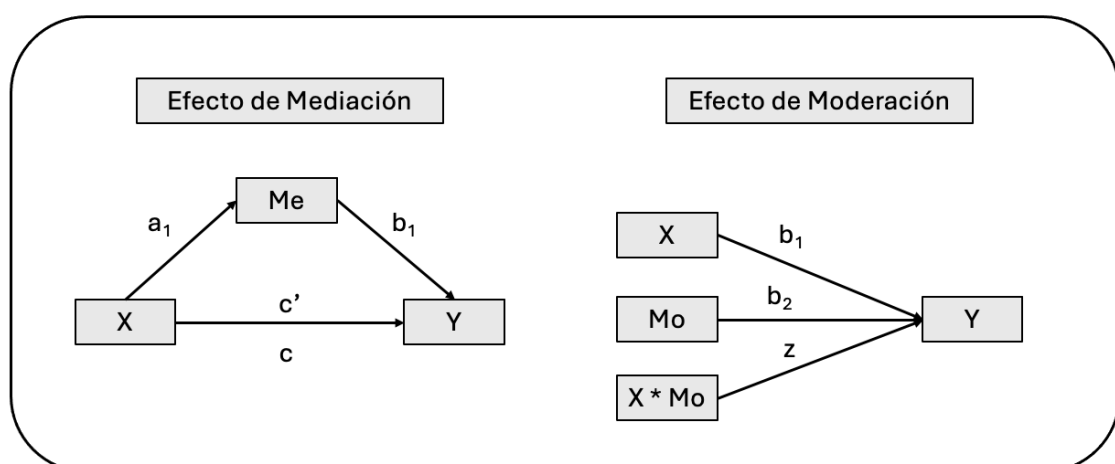
Para poder explicar cómo una variable X influye en una variable Y a través de una variable mediadora (Me) en los análisis de mediación se descomponen los efectos entre estas variables en directos, indirectos y totales (figura 4). Los efectos directos se definen

como la influencia causal de una determinada variable sobre otra del propio modelo. El cálculo de estos efectos directos se obtiene mediante modelos de regresión simple donde se consideran únicamente dos variables, la predictora y la dependiente. En un modelo de mediación simple, como el mostrado en la figura 4, los efectos directos son 3: el efecto de X sobre Me (a_1), el efecto de Me sobre Y (b_1) y el efecto de X sobre Y sin tener en cuenta el mediador (c'). En esencia, los efectos directos representan modelos de regresión simple, sin controlar el efecto de ninguna otra variable, entre todas las variables que componen el modelo de mediación. El efecto indirecto representa la influencia causal de X sobre Y a través de la variable Me, es decir, es el efecto de mediación y el más importante dentro del modelo. Este efecto indirecto se calcula en diferentes pasos a partir de los resultados obtenidos en los modelos de regresión lineal simple de los efectos directos. Gracias a esto, se puede calcular un coeficiente que representa el efecto que ejerce X sobre Y a través de la variable mediadora. Finalmente, encontramos el efecto total (c), que representa la influencia global de X sobre Y a través de las rutas directas e indirectas. Este efecto se calcula realizando la suma de todos los efectos parciales calculados anteriormente, los directos e indirectos. En los modelos de mediación se puede considerar que el efecto de mediación (indirecto) es total o parcial. Se denomina efecto parcial cuando la variable X ejerce sobre Y un efecto directo significativo, pero también resulta significativo el efecto indirecto. Es decir, la influencia de X sobre Y se explica por una vía directa y otra indirecta. Sin embargo, hay ocasiones en las que el efecto directo de X sobre Y no resulta significativo, pero sí lo hace el efecto indirecto a través del mediador. A este efecto se le denomina efecto de mediación total, ya que toda influencia de X sobre Y se explica únicamente a través del efecto del mediador. Como es de esperar, en la mayoría de las ocasiones los efectos de mediación encontrados son parciales, sin

embargo, en algunos casos los efectos son totales, lo que puede tener implicaciones prácticas muy importantes en función del campo de estudio al que esté dirigido el análisis.

Por otro lado, los modelos de moderación explican el efecto de X sobre Y en función de una variable moderadora (Mo). En los modelos de moderación se pueden observar los siguientes efectos: efectos directos, efectos de interacción y efectos condicionales (figura 4). Los efectos directos se calculan y representan lo mismo que en los modelos de mediación. Representan los efectos de X sobre Y (b_1) y de Mo sobre Y (b_2). El efecto de interacción (z) mide cómo la relación entre X e Y varía según los diferentes niveles del Mo. Es decir, determina si el efecto de X sobre Y cambia en magnitud o dirección dependiendo del valor del moderador. Finalmente, encontramos el efecto condicional, el más importante de interpretar dentro de un modelo de moderación. El efecto condicional se refiere a cómo el efecto de X sobre Y varía en niveles específicos de la variable moderadora. Es decir, describe la relación entre X e Y para los diferentes valores del Mo.

Figura 4. Diagrama de efectos en los modelos de mediación y moderación.



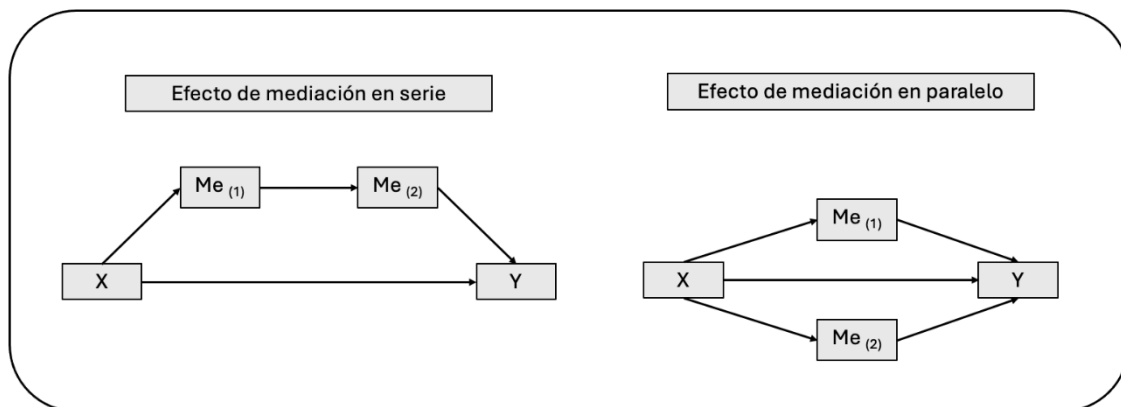
Nota: X: variable independiente; Y: variable dependiente; Me: Mediador; Mo: moderador.

Hasta el momento se han presentado los modelos de mediación y moderación más simples. Sin embargo, estos modelos se pueden complejizar, añadiendo variables, alterando su orden o incluso combinándolos. Por ejemplo, se pueden colocar diversas variables mediadoras en serie, con el objetivo de generar una cadena secuencial de variables que expliquen un orden de efectos concretos entre X e Y; se pueden colocar diversas variables mediadoras en paralelo para observar cuántos mediadores explican la relación entre X e Y teniendo en cuenta su efecto combinado; o se puede incluso combinar ambas técnicas para generar modelos de mediación moderada que expliquen bajo qué condiciones de un determinado moderador se produce un efecto indirecto.

Los modelos seriales de mediación son aquellos que presentan diversos mediadores (al menos dos) en cadena, con el objetivo de ver en qué orden de estos se produce un efecto indirecto hipotetizado (figura 5). En el ámbito de la psicología, por ejemplo, pueden resultar de gran utilidad para conocer los efectos en cascada entre unas variables y otras. Es decir, que la variable X tenga un efecto sobre el Me₁, este a su vez sobre el Me₂, y finalmente este sobre la variable Y. En los modelos de mediación, y más todavía en los modelos de mediación serial, resulta fundamental que exista un marco teórico sólido que justifique el porqué del orden de los mediadores, ya que en ocasiones se pueden encontrar efectos significativos que carezcan de base teórica y conduzcan a interpretaciones erróneas. Por su parte, los modelos de mediación en paralelo resultan especialmente útiles cuando se cree que la relación entre X e Y puede estar mediada por más de una variable, pero sin que deba existir un orden concreto entre ellas (figura 5). Recordemos que los modelos de mediación y moderación se basan en la regresión lineal, por lo que cada vez que estudiamos un efecto entre variables obtenemos un valor de R² (coeficiente de determinación o porcentaje de varianza explicada). El objetivo en la mayoría de los casos no es únicamente encontrar qué variable ejerce un efecto

significativo en otra, sino intentar que el cambio en una variable explique en la mayor medida posible el cambio en la otra (porcentaje de varianza explicada). Teniendo esto en cuenta, los modelos de mediación en paralelo permiten estudiar un mayor porcentaje de varianza explicada en la relación entre X e Y, ya que contabilizan el efecto de cada mediador por separado al mismo tiempo que controlan el posible error de interferencia entre ellos.

Figura 5. Diagrama de los modelos de mediación en serie y en paralelo.

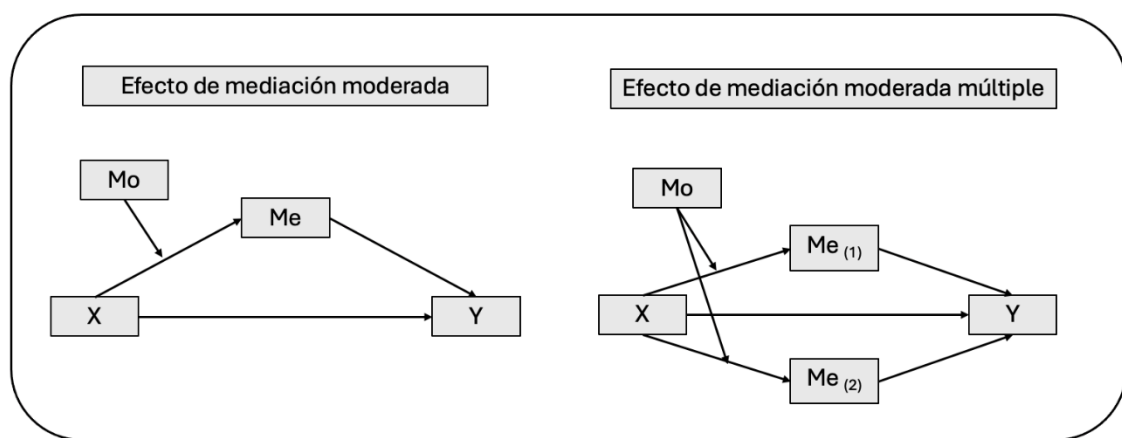


Nota: X: variable independiente; Y: variable dependiente; Me: Mediador.

Los modelos de mediación moderada son un tipo más complejo de esta técnica de análisis (figura 6). El objetivo en estos casos es estudiar un efecto indirecto a través de un Me (o varios) en la relación entre X e Y, pero hipotetizando que este efecto indirecto puede diferir en función de las condiciones o niveles de una determinada variable Mo. Este tipo de modelos pueden realizarse con un solo mediador o con diversos mediadores en paralelo, al mismo tiempo que se pueden incluir uno o más moderadores. En los modelos de mediación moderada aparece un nuevo tipo de efecto que es el efecto indirecto condicional, que básicamente explica el efecto de X sobre Y, a través de la variable Me, en los distintos niveles del moderador. Este efecto es el principal en los

modelos de mediación moderada, sin embargo, también se pueden estudiar los efectos directos, indirectos y totales para obtener más información sobre el funcionamiento entre las variables que componen el modelo. En definitiva, se trata de un conjunto de modelos complejos que pueden resultar de gran utilidad en el campo de la psicología, ya que permiten estudiar con gran detalle diversos tipos de interacción entre variables.

Figura 6. Diagrama de modelos de mediación moderada.



Nota: X: variable independiente; Y: variable dependiente; Me: Mediador; Mo: moderador.

En todos los modelos de mediación y moderación se deben estudiar los efectos para conocer si estos son significativos o no. Todos los efectos de estos modelos se basan en modelos de regresión lineal, y estos a su vez se basan en un contraste de hipótesis que permite discriminar si el efecto observado es fruto del azar o no. En este tipo de análisis encontramos tres formas habituales de calcular el contraste de hipótesis: el método *Sobel*, el método *Montecarlo* y el método mediante *Bootstrapping*. El método menos utilizado y recomendado es el de Sobel (1982), ya que supone asumir que las variables del modelo se ajustan a la distribución normal, lo que puede incurrir en errores de cálculo si los datos no se ajustan a la distribución de Gauss, algo que ocurre con bastante asiduidad. Debido

a esto, se han desarrollado dos técnicas que, en la práctica, resultan más fiables, ya que no asumen el supuesto de normalidad en los datos. El método *Montecarlo* implica simular múltiples conjuntos de datos basados en los parámetros estimados del modelo original. A través de estas simulaciones, se generan distribuciones teóricas de los efectos indirectos, permitiendo así evaluar la variabilidad y la significación estadística de estos efectos. Esto ayuda a contrastar y validar las conclusiones obtenidas en el modelo original. Por otro lado, el método *Bootstrapping* implica estimar el modelo de mediación en múltiples ocasiones. Para hacerlo, se seleccionan aleatoriamente y con reemplazo un número de casos del conjunto de datos existente. Luego, se utiliza la distribución resultante de todas estas estimaciones para crear un intervalo de confianza del 95% para el efecto indirecto, utilizando los valores de la distribución *Bootstrap* que corresponden a los percentiles 2.5 y 97.5. Cuanto más se aumenta la cantidad de muestras para realizar el *Bootstrapping* mayor potencia de cálculo se necesitará para el análisis y más tiempo de computación requerirá. En términos generales, se considera que un intervalo construido a partir de 10.000 muestras de *Bootstrapping* genera resultados confiables. Tanto el método *Montecarlo* como el método por *Bootstrapping* son técnicas de cálculo intensivo que permiten estimar los intervalos de confianza de los efectos de una manera más precisa y menos sesgada que el método de Sobel. A la hora de interpretar los resultados de estos intervalos de confianza se asumirá que un efecto es significativo cuando su intervalo de confianza no contenga el valor 0. Asimismo, la direccionalidad del efecto vendrá determinada por la posición de los valores dentro del intervalo de confianza, si estos se encuentran en la región negativa (a la izquierda del cero), los efectos entre variables serán negativos. Es decir, un aumento en la variable X generará una disminución en la variable Y. Si, por el contrario, la posición de los valores se encuentra a la derecha del cero, en la

región positiva del intervalo de confianza, la relación entre las variables será positiva. Es decir, a medida que aumenta la variable X el efecto sobre Y también lo hará.

Existen diversas formas de calcular modelos de mediación y moderación, pero entre todas ellas, el software PROCESS, desarrollado por el profesor Hayes de la universidad de Calgary, ha ganado fama en los últimos años debido a su versatilidad y facilidad de uso (Hayes, 2018). PROCESS es un software gratuito que puede integrarse en los principales programas de análisis y gestión de datos, como SAS, R o SPSS. Para el desarrollo de esta tesis se ha utilizado la versión disponible para SPSS. PROCES se integra en SPSS como una MACRO, generando una interfaz gráfica en el módulo de regresión lineal que por defecto carga SPSS. De esta forma, de una manera sencilla se puede utilizar la base de desarrollo de software de SPSS para generar modelos de mediación y moderación a partir de un conjunto de datos previamente cargado. Asimismo, en la página web del profesor Hayes se puede descargar un manual de uso de PROCESS y una plantilla con todos los modelos de mediación y moderación disponibles (76 modelos diferentes) junto a diagramas y esquemas de cada uno.

Para todos los análisis inferenciales y descriptivos aportados a lo largo de esta tesis se ha utilizado como software de análisis y gestión de datos SPSS, versión v.29. Además, tal y como se ha comentado en el párrafo anterior, para los modelos de mediación y moderación se ha utilizado la MACRO PROCESS. Para los estudios 1 y 2 se ha utilizado el modelo 6 de mediación serial y para el estudio 3 el modelo 7 de mediación moderada de PROCESS. La muestra utilizada en todos los análisis ha sido la misma, 623 sujetos del ensayo PsicAP que han completado satisfactoriamente las fases de evaluación pre-tratamiento y post-tratamiento. A continuación, se detallan los análisis realizados en cada uno de los estudios que componen este trabajo.

2.3.1. Análisis estudio 1

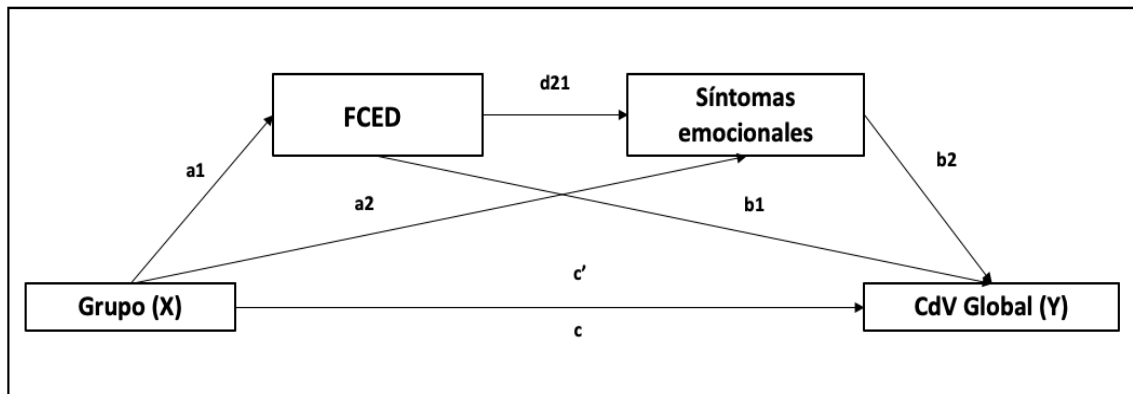
Para el primer estudio de esta tesis se han planteado un conjunto de modelos de mediación serial, con el objetivo de estudiar cómo la TCC-TD puede ayudar a reducir el uso de determinadas REDs (preocupación, rumiación, atención a las amenazas y metacognición negativa), lo que a su vez puede llevar a mejorar los síntomas emocionales de ansiedad, depresión y somatización, para finalmente mejorar la CdV de las personas. En esencia, el objetivo es estudiar los mecanismos de cambio que subyacen a la TCC-TD para la mejora de los síntomas emocionales y la CdV.

Para llevar a cabo este objetivo se han planteado 3 modelos de mediación serial. En todos ellos, la variable independiente (X), la variable dependiente (Y) y el primer mediador del modelo (Me_1) se mantienen constantes, el cambio entre los 3 modelos se produce únicamente en el segundo mediador (Me_2). La variable independiente siempre es el grupo de tratamiento (codificado como: -0.5 para TH y como 0.5 para TCC-TD+TH), la variable dependiente es el factor global de CdV y el primer mediador es el FCED, obtenido a partir de las puntuaciones en preocupación, rumiación, atención a las amenazas y metacogniciones negativas (se detalla más adelante la base teórica y cálculo de este FCED). Finalmente, el segundo mediador son los síntomas emocionales de ansiedad (en el modelo 1), de depresión (en el modelo 2) y de somatizaciones (en el modelo 3). A continuación, se muestra un diagrama hipotético de los tres modelos.

En todos los modelos se estudian los efectos directos (a_1 , a_2 , b_1 , b_2 , d_{21} y c'), el efecto indirecto principal ($X-a_1-d_{21}-b_2-Y$), los efectos indirectos secundarios ($X-a_1-b_1-Y$ y $X-a_2-b_2-Y$) y el efecto total (c) (figura 7). Asimismo, se estudian los contrastes por pares entre los efectos indirectos para conocer cuál de ellos es más importante. En los tres modelos de mediación serial se han utilizado 10.000 muestras de Bootstrapping para generar los intervalos de confianza del 95%. Además, para controlar el posible efecto de

interferencia, así como el cambio en las variables tras el tratamiento, las puntuaciones pre-tratamiento de los mediadores se han introducido como covariables: Me₁ (FCED) y Me₂ (síntomas de ansiedad, depresión o somatizaciones en función del modelo).

Figura 7. Diagrama hipotético de los modelos de mediación serial del estudio 1.



Nota: Grupo: -0.5 TH vs 0.5 TCC-TD+TH; CdV: calidad de vida; FCED: factor cognitivo general desadaptativo.

Para el cálculo del FCED se ha partido de la base teórica desarrollada en el estudio de Muñoz-Navarro et al. (*under review*). Este trabajo ha sido realizado con datos del ensayo PsicAP y tuvo como objetivo estudiar mediante diferentes Modelos de Ecuaciones Estructurales Exploratorios (ESEM) la estructura factorial de los constructos de preocupación, rumiación, atención a las amenazas y metacogniciones negativas. En este trabajo se pusieron a prueba tres posibles modelos factoriales: un modelo que consideraba la mejor estructura factorial de estas cuatro REDs desde un modelo de un único factor general (CFA-4F), un segundo modelo que consideraba cuatro factores independientes (4-ESEM-F) y un tercer modelo que consideraba la mejor estructura desde un modelo bifactor donde coexisten simultáneamente un factor general y cuatro sub-factores específicos (BI-ESEM-4SF). Este trabajo concluyó que el modelo que mostraba un mejor ajuste era el modelo BI-ESEM-4SF (CFI= .964, TLI= .941, SRMR= .024, RMSEA=

.071). En el modelo BI-ESEM-4SF, las cargas factoriales medias en el FG oscilaron entre medias y altas ($M = .58$), con todos los grupos de ítems cargando de forma destacada en el FCED. En concreto, las cargas factoriales medias para cada grupo en el FCED fueron: preocupación ($M = .62$ -alta), rumiación ($M = .55$ -media), atención a las amenazas ($M = .47$ -media) y metacogniciones negativas ($M = .63$ -alta). Por otro lado, las cargas factoriales medias en los 4 subfactores también fueron buenas para todos los grupos de ítems: se consideraron medias para la preocupación ($M = .48$) y las rumiaciones ($M = .46$), altas para la atención a las amenazas ($M = .65$) y bajas para las metacogniciones ($M = .38$). Asimismo, también se examinaron los índices ECV, los valores omegaH y los índices H obtenidos en el modelo BI-ESEM-4SF. Los resultados indicaron que aproximadamente el 55% de la varianza del modelo se explicaba a través del FCED ($ECV = .55$) y que los cuatro subfactores específicos aportaban el 45% restante ($ECV = .45$). El valor omegaH calculado fue de .80, lo que muestra que la mayor parte de la varianza en las puntuaciones totales ponderadas por unidad se explicaba por el FCED, haciéndolas esencialmente unidimensionales. Además, el omega de las puntuaciones totales fue de .96, lo que indica que el FCED explicaba el 83% de su varianza fiable, mientras que los cuatro factores específicos sólo explicaban el 16%, con un 4% atribuible a la varianza de error. Finalmente, los índices H mostraron que el FCED (.94) y el subfactor de atención a las amenazas (.80) estaban bien definidos, que el subfactor de preocupación presentaba una replicabilidad aceptable (.74), y que para las metacogniciones (.65) y las rumiaciones (.61) los niveles estaban por debajo del umbral de aceptabilidad de .70. En general, los resultados del modelo bifactorial del trabajo de Muñoz-Navarro et al. (*under review*) sugirieron que la estructura subyacente de estas cuatro REDs se compone de un FCED especialmente fuerte con cuatro subfactores independientes que no son insignificantes pero que varían en términos de su solidez y estabilidad.

Teniendo en consideración los resultados del trabajo de Muñoz-Navarro et al. (*under review*), para el desarrollo de los análisis del estudio 1 de esta tesis se realizó el cálculo del FCED de estas cuatro REDs: preocupación, rumiación, atención a las amenazas y metacogniciones negativas. Para ello, y dado que se encuentran medidas en escalas diferentes, se estandarizaron las puntuaciones totales en los cuestionarios PSWQ-A, RRS-B, IACTA-PB y MCQ-NB, tanto pre como post tratamiento. Una vez estandarizadas (puntuaciones Z), se promediaron y se formaron dos nuevas variables: FCED pre-tratamiento y FCED post-tratamiento. En el modelo bifactor propuesto por Muñoz-Navarro et al. (*under review*), todos los ítems de las 4 REDs obtenían cargas factoriales significativas en el FCED, por lo que no se excluyó ningún ítem. El FCED pre-tratamiento se introdujo como covariable y el FCED post-tratamiento fue el Me_1 en los tres modelos de mediación serial propuestos en el estudio 1.

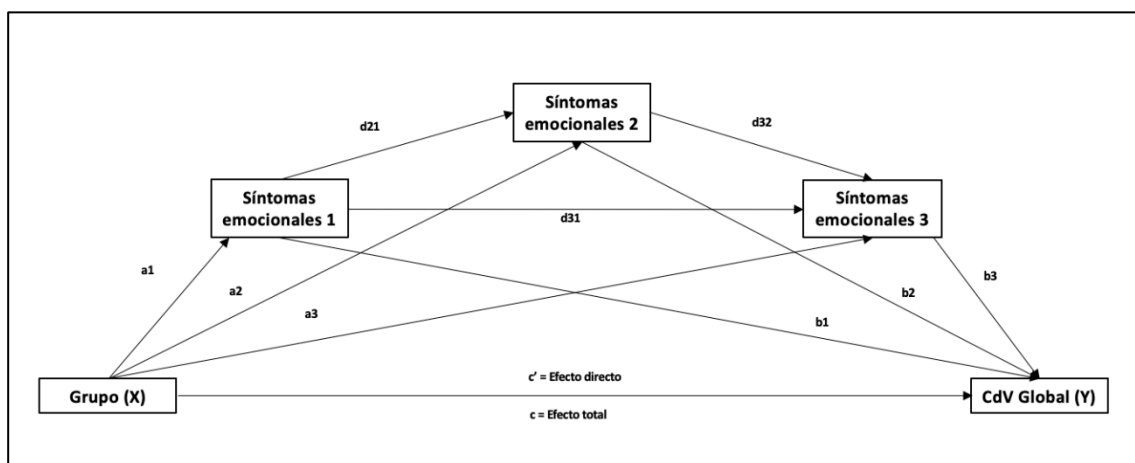
2.3.2. Análisis estudio 2

En el segundo estudio de esta tesis se vuelven a plantear un conjunto de modelos de mediación serial. En este caso, el objetivo es estudiar cómo la TCC-TD mejora la CdV a través de la acción indirecta de reducir en cascada los síntomas emocionales. La hipótesis principal es que dicha vía estará liderada por la reducción en los síntomas de ansiedad y somatizaciones, que posteriormente conducirá a una mejora de los síntomas depresivos. Para ello, se plantean seis modelos de mediación serial, resultantes de las posibles combinaciones entre los tres síntomas emocionales: ansiedad (GAD-7), depresión (PHQ-9) y somatizaciones (PHQ-15). En todos los modelos la variable independiente es el grupo de tratamiento (codificado como: -0.5 para TH y como 0.5 para TCC-TD+TH) y la variable dependiente es el factor global de CdV. Los mediadores son

las puntuaciones post-tratamiento de ansiedad, depresión y somatizaciones que, dependiendo del modelo, se encuentran en un orden u otro (figura 8).

- 1) TCC-TD (X) $\rightarrow$ Me₁ (PHQ-9) $\rightarrow$ Me₂ (PHQ-15) $\rightarrow$ Me₃ (GAD-7) $\rightarrow$ CdV (Y)
- 2) TCC-TD (X) $\rightarrow$ Me₁ (PHQ-9) $\rightarrow$ Me₂ (GAD-7) $\rightarrow$ Me₃ (PHQ-15) $\rightarrow$ CdV (Y)
- 3) TCC-TD (X) $\rightarrow$ Me₁ (GAD-7) $\rightarrow$ Me₂ (PHQ-15) $\rightarrow$ Me₃ (PHQ-9) $\rightarrow$ CdV (Y)
- 4) TCC-TD (X) $\rightarrow$ Me₁ (GAD-7) $\rightarrow$ Me₂ (PHQ-9) $\rightarrow$ Me₃ (PHQ-15) $\rightarrow$ CdV (Y)
- 5) TCC-TD (X) $\rightarrow$ Me₁ (PHQ-15) $\rightarrow$ Me₂ (GAD-7) $\rightarrow$ Me₃ (PHQ-9) $\rightarrow$ CdV (Y)
- 6) TCC-TD (X) $\rightarrow$ Me₁ (PHQ-15) $\rightarrow$ Me₂ (PHQ-9) $\rightarrow$ Me₃ (GAD-7) $\rightarrow$ CdV (Y)

Figura 8. Diagrama hipotético de los modelos de mediación serial del estudio 2.



Nota: Grupo: -0.5 TH vs 0.5 TCC-TD+TH; CdV: calidad de vida.

En todos los modelos se estudian los efectos directos, los efectos indirectos principales, los efectos indirectos secundarios y el efecto total. Asimismo, en todos ellos se han construido los intervalos de confianza para el 95% a partir de 10.000 muestras de Bootstrapping. Las puntuaciones pre-tratamiento de ansiedad, depresión y somatizaciones fueron incluidas como covariables para controlar su posible efecto de interferencia.

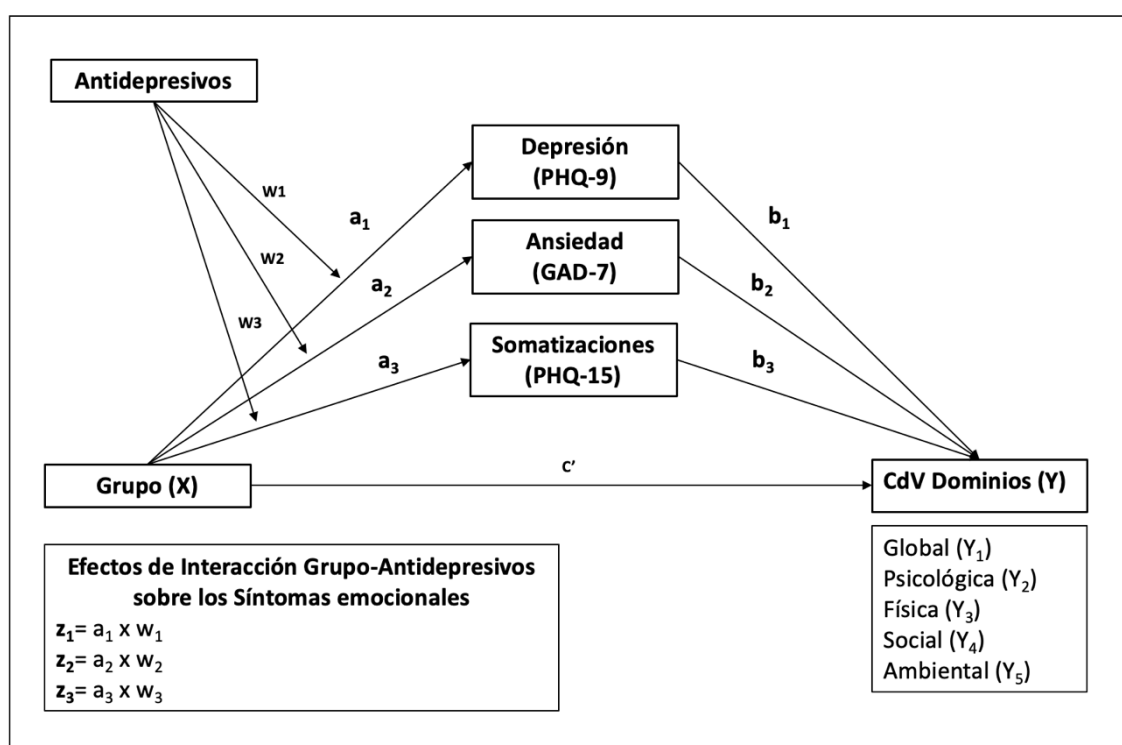
2.3.3. Análisis estudio 3

Finalmente, para los análisis del último estudio se han planteado un conjunto de modelos de mediación moderada. El objetivo principal es estudiar si existe un efecto de moderación de los antidepresivos en la relación indirecta mediada por los síntomas emocionales entre la TCC-TD y la CdV. Para ello, se plantean 5 modelos de mediación moderada, donde la variable independiente, las mediadoras y la moderadora se mantienen constantes, pero se modifica la variable dependiente (para cada modelo una dimensión diferente de CdV. En todos los modelos la variable independiente (X) es el grupo de tratamiento (codificado como: -0.5 para TH y como 0.5 para TCC-TD+TH), los mediadores son la depresión (Me₁), la ansiedad (Me₂) y las somatizaciones (Me₃), y la variable moderadora (W) es el consumo de antidepresivos (codificado como: -0.5 no toma antidepresivos y como 0.5 sí toma antidepresivos). La variable dependiente (Y) es diferente para cada uno de los modelos, ya que en cada uno de ellos se ha utilizado una dimensión diferente de CdV: modelo 1 (CdV global), modelo 2 (CdV psicológica), modelo 3 (CdV física), modelo 4 (CdV social) y modelo 5 (CdV ambiental).

Para cada modelo se estudiaron los efectos directos de X sobre los Me, los efectos directos de los Me sobre Y, la hipótesis de moderación simple (interacción de W sobre la relación entre X y los Me) y la hipótesis de mediación moderada. En la hipótesis de mediación moderada se estudiaron los índices de mediación moderada y los efectos indirectos condicionales. El índice de mediación moderada indica si existe o no un efecto de mediación moderada en el modelo estimado y los efectos indirectos condicionales permiten estudiar cómo influyen las variables mediadoras (Me) en la relación entre la variable independiente (X) y la variable dependiente (Y) en los distintos niveles del moderador (W).

Todas las variables mediadoras se introdujeron simultáneamente (en paralelo) para controlar la interacción entre ellas y el propio modelo. Además, para controlar una posible diferencia en las medias pretratamiento de las variables sintomáticas que sesgara los resultados se introdujeron como covariables las puntuaciones pretratamiento de estas variables (GAD-7, PHQ-9 y PHQ-15). En todos los modelos se han construido los intervalos de confianza para el 95% a partir de 10.000 muestras de Bootstrapping.

Figura 9. Diagrama hipotético de los modelos de mediación serial del estudio 3.



Nota: Grupo: -0.5 TH vs 0.5 TCC-TD+TH; CdV: calidad de vida. PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; PHQ-15: Patient Health Questionnaire-15; GAD-7: Generalized Anxiety Disorder-7.

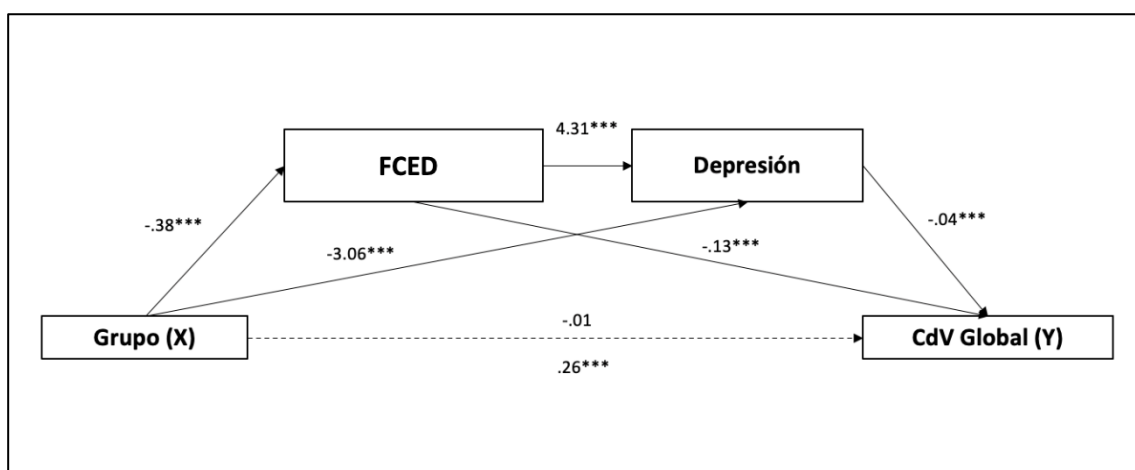
3. Resultados

3.1. Resultados estudio 1

Modelo 1 (Grupo-FCED-Depresión-CdV global)

En primer lugar, se describen los efectos directos de las variables que componen el modelo. Los efectos directos de la variable grupo sobre el resto de variables fueron significativos para el FCED ($\beta = -.38$ [IC 95% = $-.48; -.28$], $p = .001$) y la depresión ($\beta = -3.06$ [IC 95% = $-3.82; -2.30$], $p = .001$), pero no para la CdV global ($\beta = -.01$ [IC 95% = $-.11; .11$], $p = .975$). Los efectos directos de la variable FCED fueron todos significativos: depresión ($\beta = 4.31$ [IC 95% = $3.72; 4.90$], $p = .001$) y CdV global ($\beta = -.13$ [IC 95% = $-.23; -.03$], $p = .008$). El efecto directo de la depresión sobre la CdV global fue significativo ($\beta = -.04$ [IC 95% = $-.05; -.03$], $p = .001$). El efecto total de la variable independiente grupo sobre la variable dependiente CdV global también fue significativo ($\beta = .26$ [IC 95% = $.34; .38$], $p = .001$) (figura 10).

Figura 10. Modelo 1 de mediación serial del estudio 1.



Nota: Grupo: -0.5 TH vs 0.5 TCC-TD+TH; CdV: calidad de vida; FCED: factor cognitivo general desadaptativo.

En segundo lugar, se presentan los efectos indirectos del modelo, junto con sus contrastes (tabla 5). Los tres efectos indirectos resultan significativos, ya que los valores de los intervalos de confianza no incluyen el valor 0. Asimismo, observando los contrastes se puede ver que el efecto indirecto con un efecto más grande es el efecto indirecto 2 (grupo-depresión-CdV).

Tabla 5. Efectos indirectos, totales y contrastes de los modelos de mediación serial del estudio 1.

Modelo	β	EE	IC 95%
<i>Modelo 1</i>			
(Ind ₁) Grupo-FCED-CdV	.05	.022	[.01, .09]
(Ind ₂) Grupo-Depresión-CdV	.14	.026	[.09, .19]
(Ind ₃) Grupo-FCED-Depresión-CdV	.07	.015	[.04, .10]
(C ₁) Ind ₁ vs Ind ₂	-.08	.040	[-.17, -.01]
(C ₂) Ind ₁ vs Ind ₃	-.02	.029	[-.08, .03]
(C ₃) Ind ₂ vs Ind ₃	.06	.023	[.02, .11]
Efecto Total	.26	.034	[.20, .33]
<i>Modelo 2</i>			
(Ind ₁) Grupo- FCED-CdV	.07	.025	[.02, .12]
(Ind ₂) Grupo-Ansiedad-CdV	.10	.024	[.06, .15]
(Ind ₃) Grupo- FCED-Ansiedad-CdV	.05	.014	[.03, .08]
(C ₁) Ind ₁ vs Ind ₂	-.03	.042	[-.11, .04]
(C ₂) Ind ₁ vs Ind ₃	.01	.032	[-.05, .07]
(C ₃) Ind ₂ vs Ind ₃	.04	.018	[.01, .08]
Efecto Total	.23	.034	[.17, .31]
<i>Modelo 3</i>			
(Ind ₁) Grupo- FCED-CdV	.08	.023	[.04, .13]
(Ind ₂) Grupo-Somatizaciones-CdV	.08	.020	[.04, .12]

(Ind ₃) Grupo- FCED-Somatizaciones-CdV	.04	.010	[.02, .06]
(C ₁) Ind ₁ vs Ind ₂	.01	.035	[-.06, .07]
(C ₂) Ind ₁ vs Ind ₃	.03	.026	[-.01, .09]
(C ₃) Ind ₂ vs Ind ₃	.03	.018	[.01, .07]
Efecto Total	.20	.031	[.15, .27]

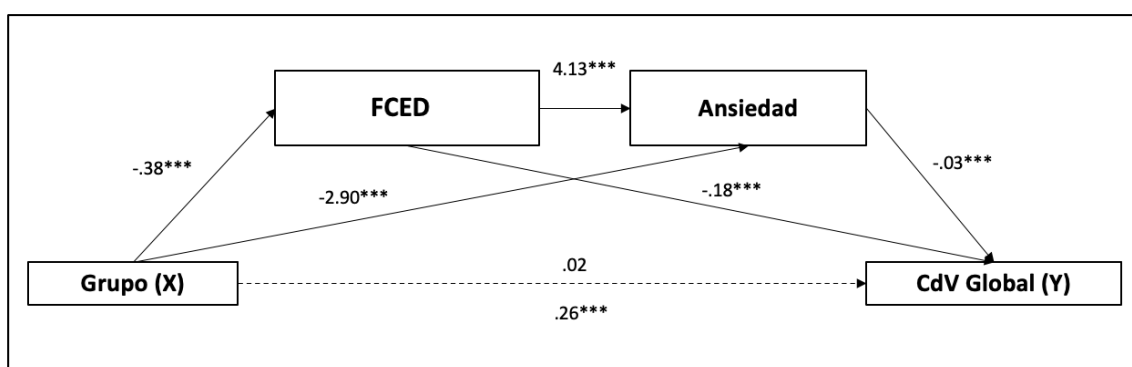
Nota: β : coeficiente beta no estandarizado; E.E: error estándar; IC: Intervalo de confianza. El efecto indirecto es estadísticamente significativo cuando el intervalo de confianza (IC) no incluye el valor 0. Ind: efecto indirecto; C: contraste de efectos indirectos; FCED: factor cognitivo general desadaptativo; CdV: calidad de vida.

Modelo 2 (Grupo-FCED-Ansiedad-CdV global)

Los efectos directos de la variable grupo fueron todos significativos para el FCED ($\beta = -.38$ [IC 95% = $-.48; -.28$], $p = .001$) y la ansiedad ($\beta = -2.90$ [IC 95% = $-3.49; -2.31$], $p = .001$), pero no para la CdV global ($\beta = .02$ [IC 95% = $-.10; .15$], $p = .692$). Los efectos directos de la variable FCED sobre el resto de variables fueron todos significativos: ansiedad ($\beta = 4.13$ [IC 95% = $3.67; 4.59$], $p = .001$) y CdV global ($\beta = -.18$ [IC 95% = $-.29; -.07$], $p = .001$). El efecto directo de la ansiedad sobre la CdV global fue significativo ($\beta = -.03$ [IC 95% = $-.05; -.02$], $p = .001$). El efecto total de la variable independiente grupo sobre la variable dependiente CdV global también fue significativo ($\beta = .26$ [IC 95% = $.14; .38$], $p = .001$) (figura 11).

Los tres efectos indirectos resultan significativos, ya que los valores de los intervalos de confianza no incluyen el valor 0 (tabla 5). Asimismo, observando los contrastes se puede ver que el efecto indirecto con un efecto más grande es el efecto indirecto 2 (grupo-ansiedad-CdV).

Figura 11. Modelo 2 de mediación serial del estudio 1.



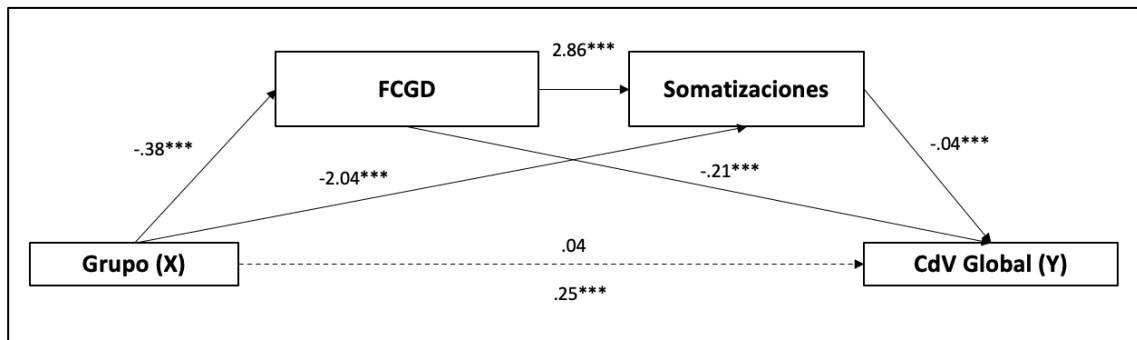
Nota: Grupo: -0.5 TH vs 0.5 TCC-TD+TH; CdV: calidad de vida; FCED: factor cognitivo general desadaptativo.

Modelo 3 (Grupo-FCED-Somatizaciones-CdV global)

Los efectos directos de la variable grupo fueron todos significativos para el FCED ($\beta = -.38$ [IC 95% = $-.48; -.28$], $p = .001$) y las somatizaciones ($\beta = -2.04$ [IC 95% = $-2.68; -1.39$], $p = .001$), pero no para la CdV global ($b = .04$ [IC 95% = $-.06; .16$], $p = .415$). Los efectos directos de la variable FCED sobre el resto de variables fueron todos significativos: somatizaciones ($\beta = 2.86$ [IC 95% = $2.36; 3.36$], $p = .001$) y CdV global ($\beta = -.21$ [IC 95% = $-.31; -.11$], $p = .001$). El efecto directo de las somatizaciones sobre la CdV global fue significativo ($\beta = -.04$ [IC 95% = $-.05; -.02$], $p = .001$). El efecto total de la variable independiente grupo sobre la variable dependiente CdV global también fue significativo ($\beta = .25$ [IC 95% = $.14; .37$], $p = .001$) (figura 12).

De nuevo, los tres efectos indirectos resultan significativos, ya que los valores de los intervalos de confianza no incluyen el valor 0 (tabla 5). Asimismo, observando los contrastes se puede ver que el efecto indirecto con un efecto más grande es el efecto indirecto 2 (grupo-somatizaciones-CdV).

Figura 12. Modelo 3 de mediación serial en el estudio 1.



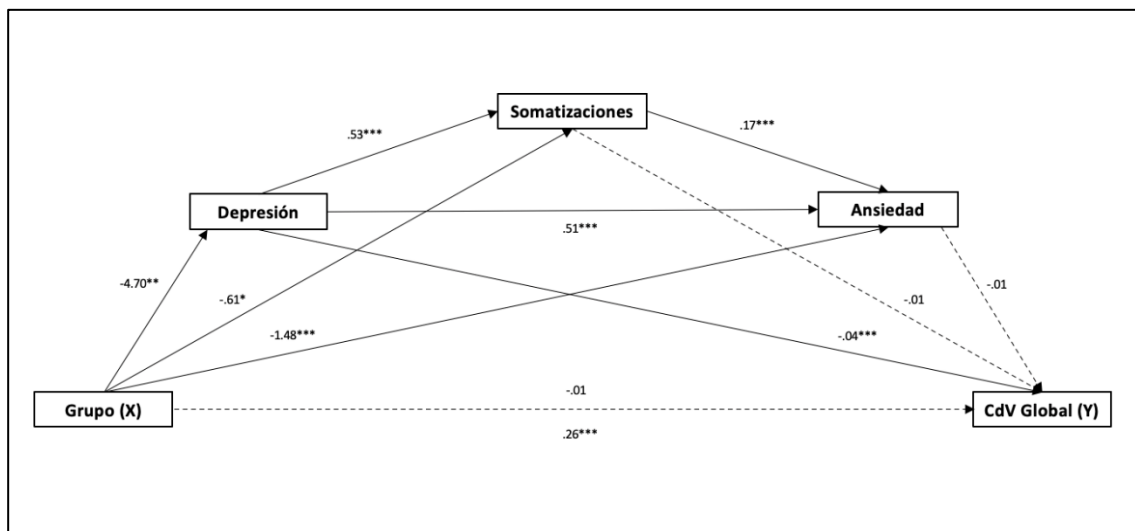
Nota: Grupo: -0.5 TH vs 0.5 TCC-TD+TH; CdV: calidad de vida; FCED: factor cognitivo general desadaptativo.

3.2. Resultados estudio 2

Modelo 1 (Grupo-Depresión-Somatizaciones-Ansiedad-CdV)

Los efectos directos del grupo sobre los mediadores fueron todos significativos: depresión ($\beta = -4.70$ [IC 95% = -5.53; -3.87], $p = .001$), somatizaciones ($\beta = -.61$ [IC 95% = -1.17; -.05], $p = .03$) y ansiedad ($\beta = -1.48$ [IC 95% = -2.00; -.96], $p = .001$). El efecto directo del grupo sobre la CdV no fue significativo ($\beta = .01$ [IC 95% = -.12; .11], $p = .991$), pero sí lo fue el efecto total ($\beta = .26$ [IC 95% = .14; .27], $p = .001$) (figura 13).

Figura 13. Modelo 1 de mediación serial del estudio 2.



Nota: Grupo: -0.5 TH vs 0.5 TCC-TD+TH; CdV: calidad de vida.

Los efectos directos del primer mediador (depresión) sobre el resto de variables fueron todos significativos: somatizaciones ($\beta = .53$ [IC 95% = .48; .58], $p = .001$), ansiedad ($\beta = .51$ [IC 95% = .45; .57], $p = .001$) y CdV ($\beta = -.04$ [IC 95% = -.04; -.06], $p = .001$). Los efectos directos del segundo mediador (somatizaciones) fueron significativos para la ansiedad ($\beta = .17$ [IC 95% = .09; .22], $p = .001$), pero no para la CdV ($\beta = -.01$

[IC 95% = -.03; .01], $p = .082$). El efecto directo del tercer mediador (ansiedad) sobre la CdV no fue significativo ($\beta = -.01$ [IC 95% = -.01; .01], $p = .979$) (figura 13).

El efecto indirecto principal del modelo no resultó significativo, ya que el intervalo de confianza incluye el valor 0 (tabla 6). Por tanto, se puede concluir que no existe un efecto indirecto significativo entre las variables grupo-depresión-somatizaciones-ansiedad-CdV.

Tabla 6. Efectos indirectos y totales de los modelos de mediación serial del estudio 2.

Modelo	β	EE	IC 95%
<i>Modelo 1</i>			
(Ind ₁) Grupo-Depresión-CdV	.26	.043	[.14; .31]
(Ind ₂) Grupo-Somatizaciones-CdV	.22	.007	[-.01; .01]
(Ind ₃) Grupo-Ansiedad-CdV	.00	.013	[-.02; .02]
(Ind ₄) Grupo-Depresión-Somatizaciones-CdV	.03	.021	[-.01; .08]
(Ind ₅) Grupo-Depresión-Ansiedad-CdV	.00	.021	[-.04; .04]
(Ind ₆) Grupo-Somatizaciones-Ansiedad-CdV	.00	.001	[-.01; .01]
(Ind ₇) Grupo-Depresión-Somatizaciones-Ansiedad-CdV	.00	.003	[-.01; .01]
Efecto Total	.26	.058	[.14; .37]
<i>Modelo 2</i>			
(Ind ₁) Grupo-Depresión-CdV	.22	.043	[.14; .31]
(Ind ₂) Grupo-Ansiedad-CdV	.00	.014	[-.02; .02]
(Ind ₃) Grupo-Somatizaciones-CdV	.00	.005	[-.01; .01]
(Ind ₄) Grupo-Depresión-Ansiedad-CdV	.00	.025	[-.04; .04]
(Ind ₅) Grupo-Depresión-Somatizaciones-CdV	.02	.016	[-.01; .06]
(Ind ₆) Grupo-Ansiedad-Somatizaciones-CdV	.00	.002	[-.01; .01]
(Ind ₇) Grupo-Depresión-Ansiedad-Somatizaciones-CdV	.00	.005	[-.01; .01]
Efecto Total	.26	.058	[.14; .37]
<i>Modelo 3</i>			
(Ind ₁) Grupo-Ansiedad-CdV	.00	.039	[-.07; .07]

(Ind ₂) Grupo-Somatizaciones-CdV	.00	.007	[-.01; .02]
(Ind ₃) Grupo-Depresión-CdV	.02	.014	[-.01; .05]
(Ind ₄) Grupo-Ansiedad-Somatizaciones-CdV	.03	.021	[-.01; .07]
(Ind ₅) Grupo-Ansiedad-Depresión-CdV	.13	.028	[.08; .19]
(Ind ₆) Grupo-Somatizaciones-Depresión-CdV	.01	.007	[.01; .03]
(Ind ₇) Grupo-Ansiedad-Somatizaciones-Depresión-CdV	.05	.01	[.03; .07]
Efecto Total	.26	.058	[.14; .37]

Modelo 4

(Ind ₁) Grupo-Ansiedad-CdV	.00	.039	[-.07; .07]
(Ind ₂) Grupo-Depresión-CdV	.04	.017	[.01; .07]
(Ind ₃) Grupo-Somatizaciones-CdV	.00	.005	[-.01; .01]
(Ind ₄) Grupo-Ansiedad-Depresión-CdV	.18	.036	[.11; .25]
(Ind ₅) Grupo-Ansiedad-Somatizaciones-CdV	.01	.008	[-.01; .03]
(Ind ₆) Grupo-Depresión-Somatizaciones-CdV	.00	.003	[-.01; .01]
(Ind ₇) Grupo-Ansiedad-Depresión-Somatizaciones-CdV	.02	.013	[-.01; .05]
Efecto Total	.26	.058	[.14; .37]

Modelo 5

(Ind ₁) Grupo-Somatizaciones-CdV	.04	.027	[-.01; .09]
(Ind ₂) Grupo-Ansiedad-CdV	.00	.023	[-.04; .04]
(Ind ₃) Grupo-Depresión-CdV	.02	.014	[.01; .05]
(Ind ₄) Grupo-Somatizaciones-Ansiedad-CdV	.00	.016	[-.03; .03]
(Ind ₅) Grupo-Somatizaciones-Depresión-CdV	.06	.014	[.03; .09]
(Ind ₆) Grupo-Ansiedad-Depresión-CdV	.07	.018	[.04; .11]
(Ind ₇) Grupo-Somatizaciones-Ansiedad-Depresión-CdV	.05	.012	[.03; .07]
Efecto Total	.26	.058	[.14; .37]

Modelo 6

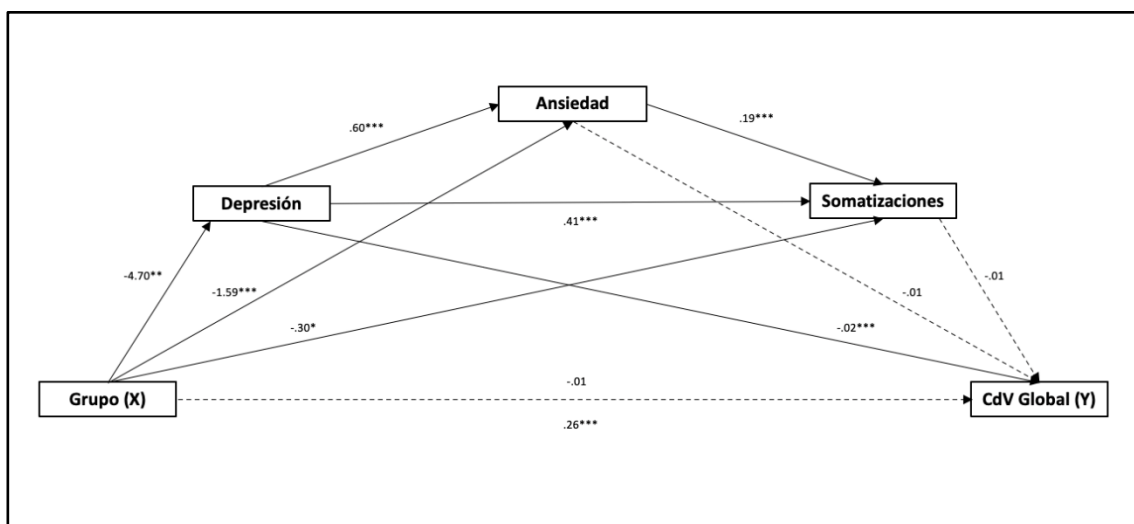
(Ind ₁) Grupo-Somatizaciones-CdV	.04	.027	[-.01; .09]
(Ind ₂) Grupo-Depresión-CdV	.10	.023	[.06; .15]
(Ind ₃) Grupo-Ansiedad-CdV	.00	.013	[-.02; .02]
(Ind ₄) Grupo-Somatizaciones-Depresión-CdV	.11	.025	[.07; .17]
(Ind ₅) Grupo-Somatizaciones-Ansiedad-CdV	.00	.004	[-.01; .01]
(Ind ₆) Grupo-Depresión-Ansiedad-CdV	.00	.010	[-.02; .02]
(Ind ₇) Grupo-Somatizaciones-Depresión-Ansiedad-CdV	.00	.011	[-.02; .02]
Efecto Total	.26	.058	[.14; .37]

Nota: β : coeficiente beta no estandarizado; E.E: error estándar; IC: Intervalo de confianza. El efecto indirecto es estadísticamente significativo cuando el intervalo de confianza (IC) no incluye el valor 0. Ind: efecto indirecto; FCED: factor cognitivo general desadaptativo; CdV: calidad de vida.

Modelo 2 (Grupo-Depresión-Ansiedad-Somatizaciones-CdV)

Los efectos directos del grupo sobre los mediadores fueron todos significativos: depresión ($\beta = -4.70$ [IC 95% = -5.53; -3.87], $p = .001$), ansiedad ($\beta = -1.59$ [IC 95% = -2.11; -1.06], $p = .001$) y somatizaciones ($\beta = -.30$ [IC 95% = -.87; .26], $p = .288$). El efecto directo del grupo sobre la CdV no fue significativo ($\beta = .01$ [IC 95% = -.12; .11], $p = .912$), pero sí lo fue el efecto total ($\beta = .26$ [IC 95% = .14; .27], $p = .001$) (figura 14).

Figura 14. Modelo 2 de mediación serial del estudio 2.



Nota: Grupo: -0.5 TH vs 0.5 TCC-TD+TH; CdV: calidad de vida.

Los efectos directos del primer mediador (depresión) sobre el resto de variables fueron todos significativos: ansiedad ($\beta = .60$ [IC 95% = .56; .65], $p = .001$), somatizaciones ($\beta = .41$ [IC 95% = .34; .48], $p = .001$) y CdV ($\beta = -.04$ [IC 95% = -.06; -

.03], $p = .001$). Los efectos directos del segundo mediador (ansiedad) fueron significativos para las somatizaciones ($\beta = .19$ [IC 95% = .11; .27], $p = .001$), pero no para la CdV ($\beta = -.01$ [IC 95% = -.01; .01], $p = .979$). El efecto directo del tercer mediador (somatizaciones) sobre la CdV no fue significativo ($\beta = -.01$ [IC 95% = -.03; .01], $p = .082$) (figura 14).

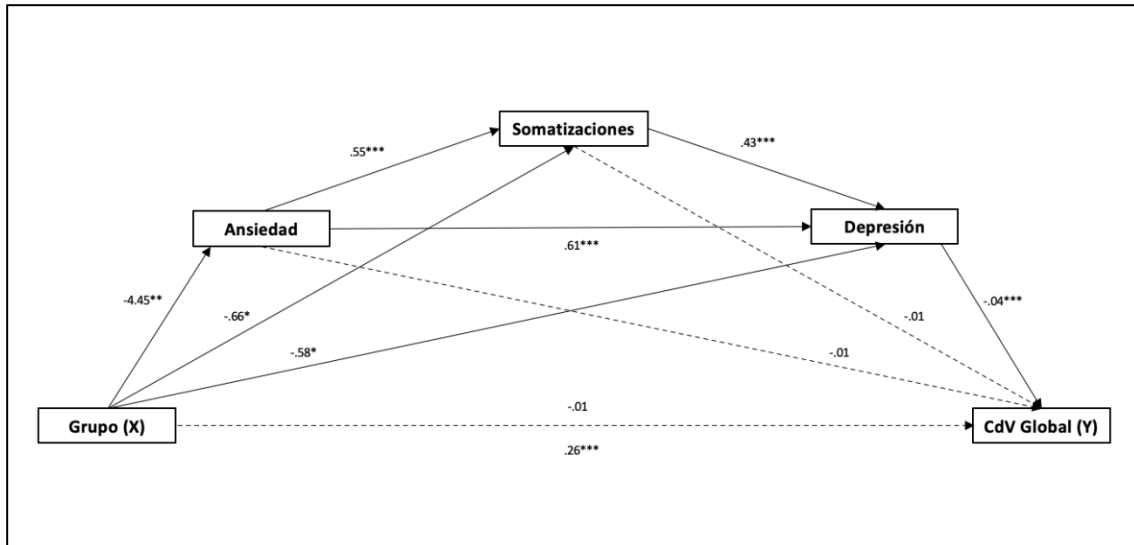
El efecto indirecto principal del modelo no resultó significativo, ya que el intervalo de confianza incluye el valor 0 (tabla 6). Por tanto, no existe un efecto indirecto significativo entre las variables grupo-depresión-ansiedad-somatizaciones-CdV.

Modelo 3 (Grupo-Ansiedad-Somatizaciones-Depresión-CdV)

Los efectos directos del grupo sobre los mediadores fueron todos significativos: ansiedad ($\beta = -4.45$ [IC 95% = -5.15; -3.76], $p = .001$), somatizaciones ($\beta = -.66$ [IC 95% = -1.29; -.04], $p = .035$) y depresión ($\beta = -.58$ [IC 95% = -1.16; -.01], $p = .048$). El efecto directo del grupo sobre la CdV no fue significativo ($\beta = -.01$ [IC 95% = -.12; .11], $p = .912$), pero sí lo fue el efecto total ($\beta = .26$ [IC 95% = .14; .37], $p = .001$) (figura 15).

Los efectos directos del primer mediador (ansiedad) sobre el resto de mediadores fueron significativos: somatizaciones ($\beta = .55$ [IC 95% = .48; .61], $p = .001$) y depresión ($\beta = .61$ [IC 95% = .54; .68], $p = .001$). La ansiedad no tuvo un efecto significativo sobre la CdV ($\beta = -.01$ [IC 95% = -.01; .01], $p = .979$). Los efectos directos del segundo mediador (somatizaciones) fueron significativos para la depresión ($\beta = .43$ [IC 95% = .36; .50], $p = .001$), pero no para la CdV ($\beta = -.01$ [IC 95% = -.03; .01], $p = .082$). El efecto directo del tercer mediador (depresión) sobre la CdV fue significativo ($\beta = -.04$ [IC 95% = -.06; .03], $p = .001$) (figura 15).

Figura 15. Modelo 3 de mediación serial del estudio 2.



Nota: Grupo: -0.5 TH vs 0.5 TCC-TD+TH; CdV: calidad de vida.

En este modelo, el efecto indirecto principal sí resulta significativo, ya que el intervalo de confianza no incluye el valor 0 (tabla 6). Por tanto, se puede concluir que existe un efecto indirecto significativo entre las variables grupo-ansiedad-somatizaciones-depresión-CdV.

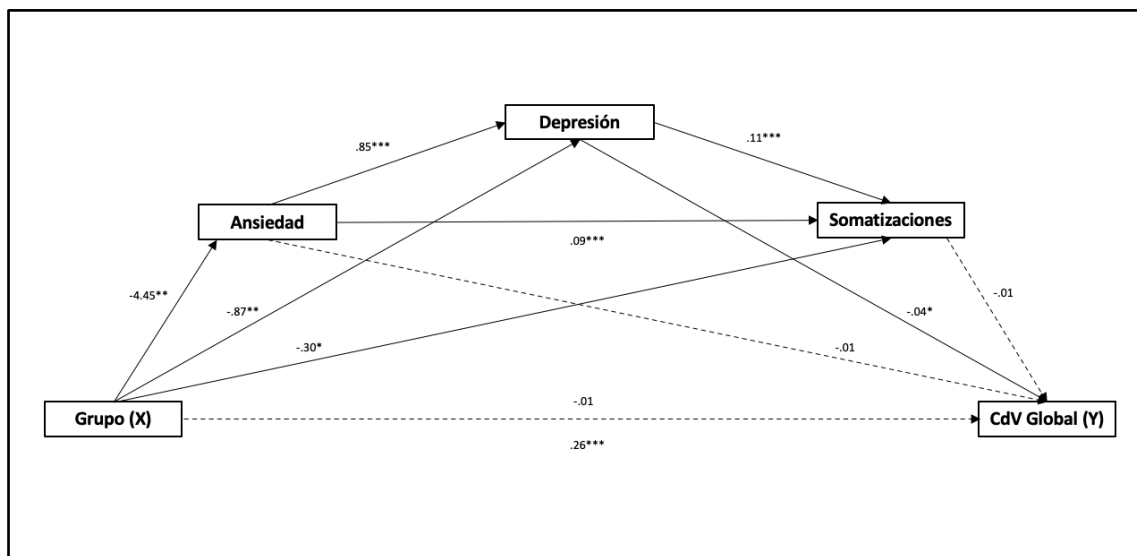
Modelo 4 (Grupo-Ansiedad-Depresión-Somatizaciones-CdV)

Los efectos directos del grupo sobre los mediadores fueron todos significativos: ansiedad ($\beta = -4.45$ [IC 95% = -5.15; -3.76], $p = .001$), depresión ($\beta = -.87$ [IC 95% = -1.51; -.23], $p = .007$) y somatizaciones ($\beta = -.30$ [IC 95% = .43; .55], $p = .288$). El efecto directo del grupo sobre la CdV no fue significativo ($\beta = -.01$ [IC 95% = -.12; .11], $p = .912$), pero el efecto total sí lo fue ($\beta = .26$ [IC 95% = .14; .37], $p = .001$) (figura 16).

Los efectos directos del primer mediador (ansiedad) fueron significativos para la depresión ($\beta = .85$ [IC 95% = .79; .92], $p = .001$) y las somatizaciones ($\beta = .49$ [IC 95% = .43; .55], $p = .001$), pero no para la CdV ($\beta = -.01$ [IC 95% = -.12; .11], $p = .912$). Los

efectos directos del segundo mediador (depresión) fueron significativos para las somatizaciones ($\beta = .11$ [IC 95% = .34; .48], $p = .001$) y la CdV ($\beta = -.04$ [IC 95% = -.06; -.03], $p = .001$). El efecto directo del tercer mediador (somatizaciones) sobre la CdV no fue significativo ($\beta = -.01$ [IC 95% = -.03; .01], $p = .082$) (figura 16).

Figura 16. Modelo 4 de mediación serial del estudio 2.



Nota: Grupo: -0.5 TH vs 0.5 TCC-TD+TH; CdV: calidad de vida.

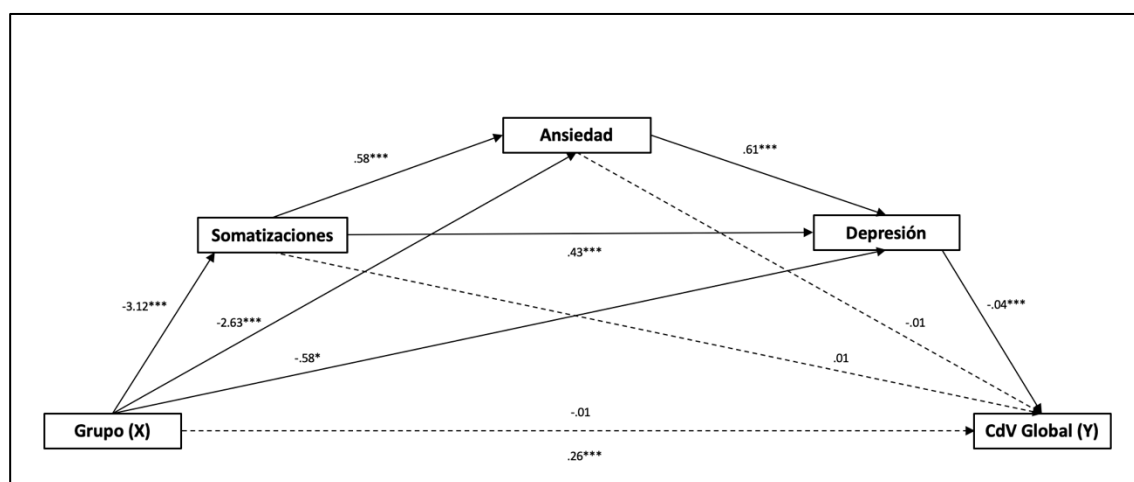
El efecto indirecto principal del modelo no resultó significativo, ya que el intervalo de confianza incluye el valor 0 (tabla 6). Por tanto, se puede concluir que no existe un efecto indirecto significativo entre las variables grupo-ansiedad-depresión-somatizaciones-CdV.

Modelo 5 (Grupo-Somatizaciones-Ansiedad-Depresión-CdV)

Los efectos directos del grupo sobre los diferentes mediadores fueron todos significativos: somatizaciones ($\beta = -3.12$ [IC 95% = -3.79; -2.44], $p = .001$), ansiedad ($\beta = -2.63$ [IC 95% = -3.24; -2.01], $p = .001$) y depresión ($\beta = -.58$ [IC 95% = -1.16; -.01],

$p = .048$). El efecto directo del grupo sobre la CdV no fue significativo CdV ($\beta = -.01$ [IC 95% = $-.12; .11$], $p = .912$), pero el efecto total sí ($\beta = .26$ [IC 95% = $.14; .37$], $p = .001$) (figura 17).

Figura 17. Modelo 5 de mediación serial en el estudio 2.



Nota: Grupo: -0.5 TH vs 0.5 TCC-TD+TH; CdV: calidad de vida.

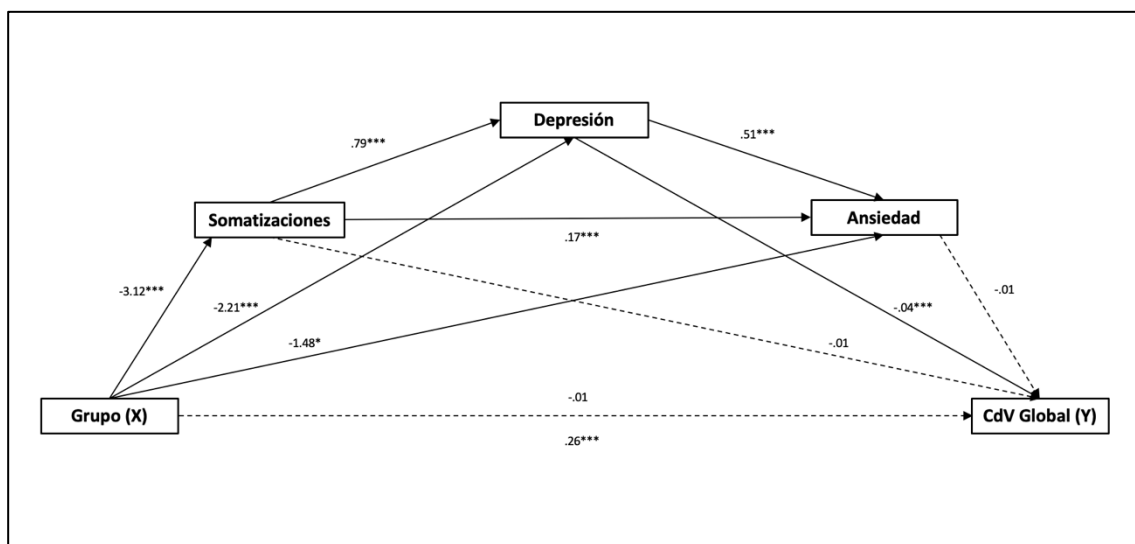
Los efectos directos del primer mediador (somatizaciones) fueron significativos para la ansiedad ($\beta = .58$ [IC 95% = $.51; .65$], $p = .001$) y la depresión ($\beta = .43$ [IC 95% = $.36; .50$], $p = .001$), pero no para la CdV ($\beta = -.01$ [IC 95% = $-.03; .01$], $p = .082$). Los efectos directos del segundo mediador (ansiedad) fueron significativos para la depresión ($\beta = .61$ [IC 95% = $.54; .68$], $p = .001$), pero no para la CdV ($\beta = -.01$ [IC 95% = $-.01; .01$], $p = .979$). El efecto directo del tercer mediador (depresión) sobre la CdV fue significativo ($\beta = -.04$ [IC 95% = $-.06; -.04$], $p = .001$).

En este caso, el efecto indirecto principal del modelo sí resulta significativo, ya que el intervalo de confianza no incluye el valor 0 (tabla 6). Por tanto, se puede concluir que existe un efecto indirecto significativo entre las variables grupo-somatizaciones-ansiedad-depresión-CdV.

Modelo 6 (Grupo-Somatizaciones-Depresión-Ansiedad-CdV)

Los efectos directos del grupo sobre los mediadores fueron todos significativos: somatizaciones ($\beta = -3.12$ [IC 95% = -3.79; -2.44], $p = .001$), depresión ($\beta = -2.21$ [IC 95% = -2.87; -1.54], $p = .001$) y ansiedad ($\beta = -1.48$ [IC 95% = -2.00; -.96], $p = .001$). El efecto directo del grupo sobre la CdV no fue significativo ($\beta = -.01$ [IC 95% = -.12; .11], $p = .912$). El efecto total de la variable grupo sobre la CdV fue significativo ($\beta = .26$ [IC 95% = .14; .37], $p = .001$) (figura 18).

Figura 18. Modelo 6 de mediación serial en el estudio 2.



Nota: Grupo: -0.5 TH vs 0.5 TCC-TD+TH; CdV: calidad de vida.

Los efectos directos del primer mediador (somatizaciones) fueron significativos para la depresión ($\beta = .79$ [IC 95% = .34; 1.29], $p = .001$) y la ansiedad ($\beta = .17$ [IC 95% = .09; .24], $p = .001$), pero no para la CdV ($\beta = -.01$ [IC 95% = -.03; .01], $p = .912$). Los efectos directos del segundo mediador (depresión) fueron significativos para la ansiedad ($\beta = .51$ [IC 95% = .45; .57], $p = .001$), pero no para la CdV ($\beta = -.04$ [IC 95% = -.06; -

.03], $p = .001$). El efecto directo del tercer mediador (ansiedad) sobre la CdV no fue significativo ($\beta = -.01$ [IC 95% = $-.01; .01$], $p = .979$) (figura 18)

El efecto indirecto principal del modelo no resultó significativo, ya que el intervalo de confianza incluye el valor 0 (tabal 6). Por tanto, se puede concluir que no existe un efecto indirecto significativo entre las variables grupo-somatizaciones-depresión-ansiedad-CdV.

3.3. Resultados estudio 3

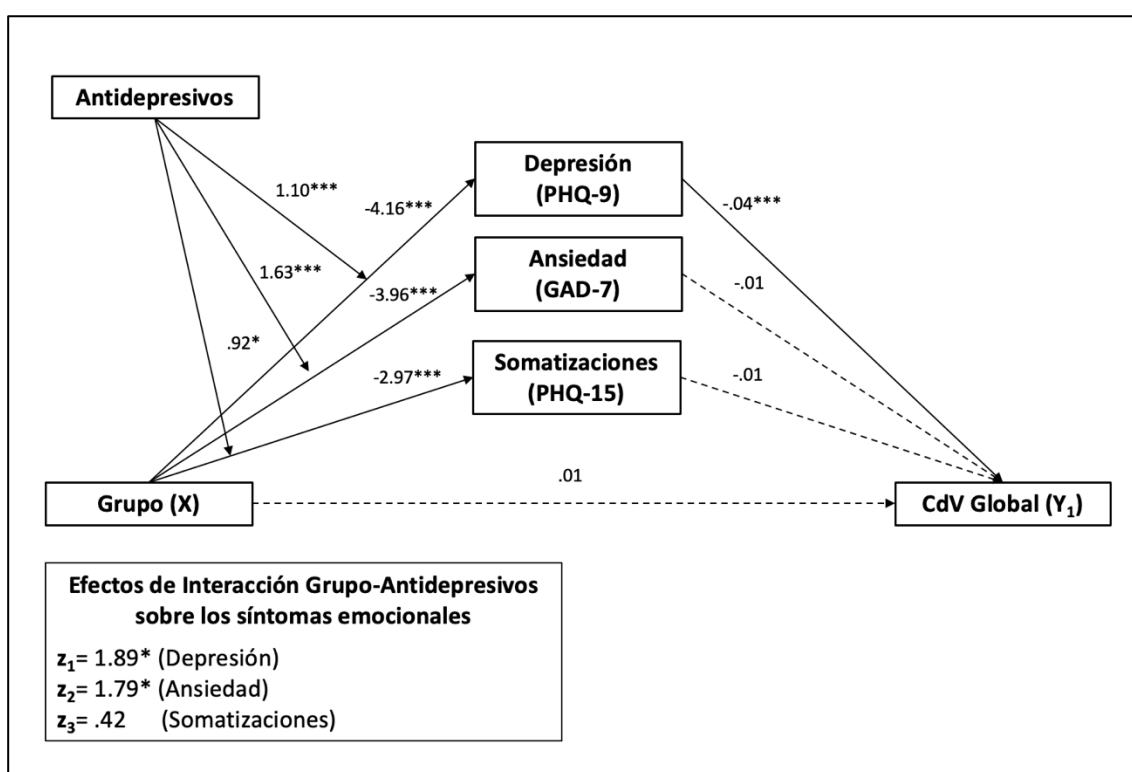
En primer lugar, se presentan los efectos directos de la variable independiente grupo sobre los tres mediadores (a_i), los efectos directos de la variable moderadora (tomar o no tomar antidepresivos) sobre las variables mediadoras (w_i) y los efectos directos de interacción de la variable independiente grupo con el moderador sobre las variables mediadoras ($a_i \times w_i$). Todos estos efectos directos son comunes para los 5 modelos estudiados (uno por cada dimensión de CdV).

Los efectos directos del grupo sobre los tres mediadores fueron todos significativos: depresión ($\beta = -4.16$ [IC 95% = -5.10; -3.22], $p = .001$), ansiedad ($\beta = -3.96$ [IC 95% = -4.76; -3.17], $p = .001$) y somatizaciones ($\beta = -2.97$ [IC 95% = -3.74; -2.20], $p = .001$). Los efectos directos del moderador (antidepresivos) sobre cada uno de los mediadores también fueron significativos: depresión ($\beta = 1.63$ [IC 95% = .68; 2.58], $p = .001$), ansiedad ($\beta = 1.10$ [IC 95% = 0.30; 1.90], $p = .007$) y somatizaciones ($\beta = 0.92$ [IC 95% = 0.14; 1.70], $p = .020$). Por último, los efectos directos de interacción del grupo con el moderador sobre cada uno de los mediadores fueron significativos para la depresión ($\beta = 1.89$ [IC 95% = .01; 3.78], $p = .048$) y la ansiedad ($\beta = 1.79$ [IC 95% = .20; 3.38], $p = .026$), pero no para la somatizaciones ($\beta = .42$ [IC 95% = -1.12; 1.97], $p = .592$) (figuras 19-24).

A continuación, se presentan de manera individualizada los efectos directos de las variables mediadoras sobre cada una de las dimensiones de calidad de vida (b_i), así como los índices de mediación moderada y los efectos indirectos condicionales de la variable independiente sobre la dependiente a través de los mediadores en los diferentes niveles del moderador.

Los efectos directos de los mediadores sobre la CdV global fueron significativos para la depresión ($\beta = -.04$ [IC 95% = $-.06$; $-.03$], $p = .001$), pero no para la ansiedad ($\beta = -.01$ [IC 95% = $-.01$; $.01$], $p = .979$) y las somatizaciones ($\beta = -.01$ [IC 95% = $-.03$; $.01$], $p = .082$). El efecto directo del grupo sobre la CdV global tampoco fue significativo ($\beta = -.01$ [IC 95% = $-.12$; $.11$], $p = .912$) (figura 19).

Figura 19. Modelo de mediación moderada con la CdV global.



Nota: Grupo: -0.5 TH vs 0.5 TCC-TD+TH; CdV: calidad de vida. PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; PHQ-15: Patient Health Questionnaire-15; GAD-7: Generalized Anxiety Disorder-7.

Los índices de mediación moderada para la CdV global fueron los siguientes: depresión (índice = $-.08$ [IC 95% = $-.20$; $-.01$]), ansiedad (índice = $-.01$ [IC 95% = $-.03$;

.03]) y somatizaciones (índice = -.01 [IC 95% = -.03; .01]). Los resultados indican que la hipótesis de mediación moderada sólo se cumple para la variable mediadora depresión, ya que es la única variable cuyo intervalo de confianza no incluye el valor 0. En la tabla 7 se muestran los efectos indirectos condicionales respectivos a este mediador. Es decir, el efecto que ejerce la variable independiente grupo sobre la CdV global, a través de la variable mediadora depresión, considerando los distintos niveles de la variable moderadora (tomar o no tomar antidepresivos).

Tabla 7. Efectos indirectos condicionales de las variables mediadoras en los diferentes niveles del moderador.

V. Dependiente	Mediador	Moderador	β	EE	IC 95%
CdV Global	Depression	No	.24	.152	[.15, .34]
		Sí	.15	.046	[.06, .25]
	Ansiedad	No	.01	.042	[-.08, .08]
		Sí	.01	.027	[-.05, .05]
	Somatizaciones	No	.04	.027	[-.01, .10]
		Sí	.04	.025	[-.01, .09]
CdV Psicológica	Depression	No	1.87	.251	[1.41, 2.40]
		Sí	1.17	.330	[-.54, 1.86]
	Ansiedad	No	.49	.200	[.10, .89]
		Sí	.31	.146	[.05, .63]
	Somatizaciones	No	.12	.13	[-.13, .38]
		Sí	.10	.11	[-.11, .35]

CdV Física	Depression	No	1.25	.255	[.77, 1.79]
		Sí	.79	.263	[-.33, 1.36]
	Ansiedad	No	.06	.264	[-.44, .58]
		Sí	.04	.171	[-.30, .38]
	Somatizaciones	No	.97	.188	[.62, 1.37]
		Sí	.84	.251	[-.39, 1.38]

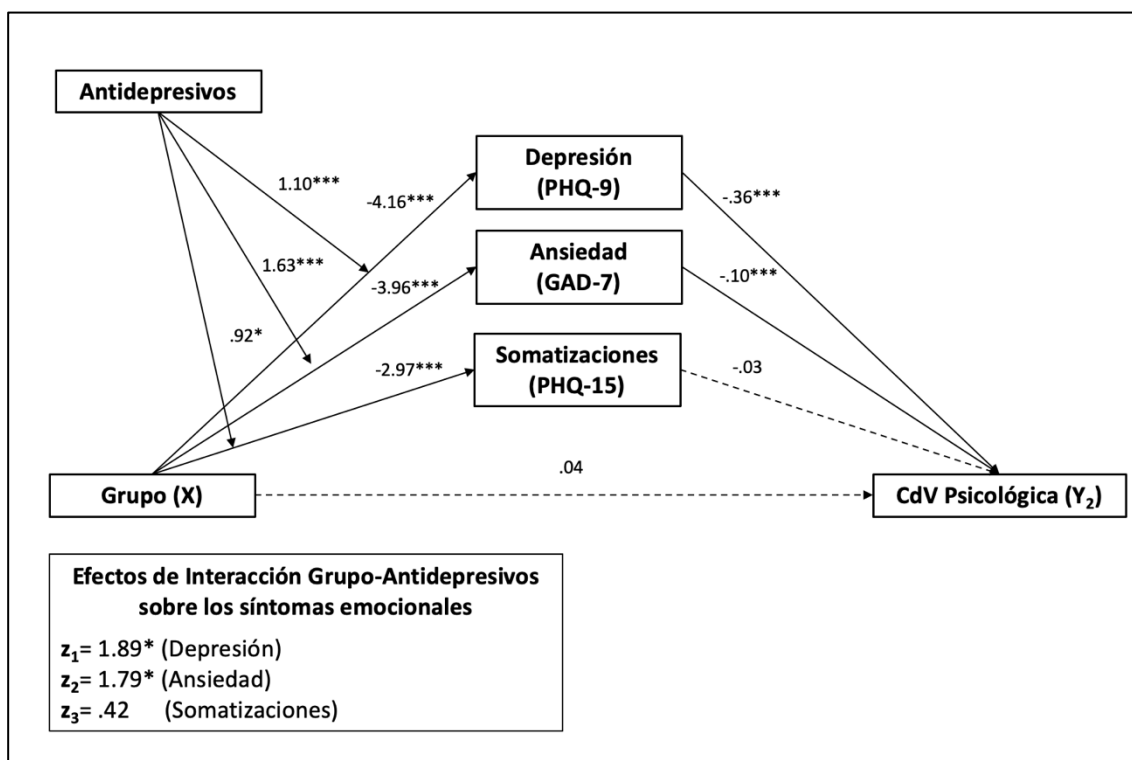
Nota: V. Dependiente: variable dependiente; CdV: calidad de vida; EE: error estándar; B: coeficiente beta no estandarizado; IC 95%: intervalo de confianza al 95%; Bootstrapping: 10000 muestras; No: no toma antidepresivos; Sí: sí toma antidepresivos.

CdV Psicológica

Los efectos directos de los mediadores sobre la CdV psicológica fueron significativos para la depresión ($\beta = -.36$ [IC 95% = $-.43; -.29$], $p = .001$) y la ansiedad ($\beta = -.10$ [IC 95% = $-.17; -.01$], $p = .009$), pero no para las somatizaciones ($\beta = -.03$ [IC 95% = $-.11; .03$], $p = .294$). El efecto directo del grupo sobre la CdV psicológica no fue significativo ($\beta = .04$ [IC 95% = $-.47; .55$], $p = .872$) (figura 20).

Los índices de mediación moderada para la CdV psicológica fueron los siguientes: depresión (índice = $-.69$ [IC 95% = $-1.44; -.01$]), ansiedad (índice = $-.18$ [IC 95% = $-.45; .01$]) y somatizaciones (índice = $-.01$ [IC 95% = $-.13; .06$]). La hipótesis de mediación moderada sólo se cumple para la variable mediadora depresión, ya que es la única variable cuyo intervalo de confianza no incluye el valor 0. En la tabla 7 se muestran los efectos indirectos condicionales respectivos a este mediador.

Figura 20. Modelo de mediación moderada con la CdV psicológica.

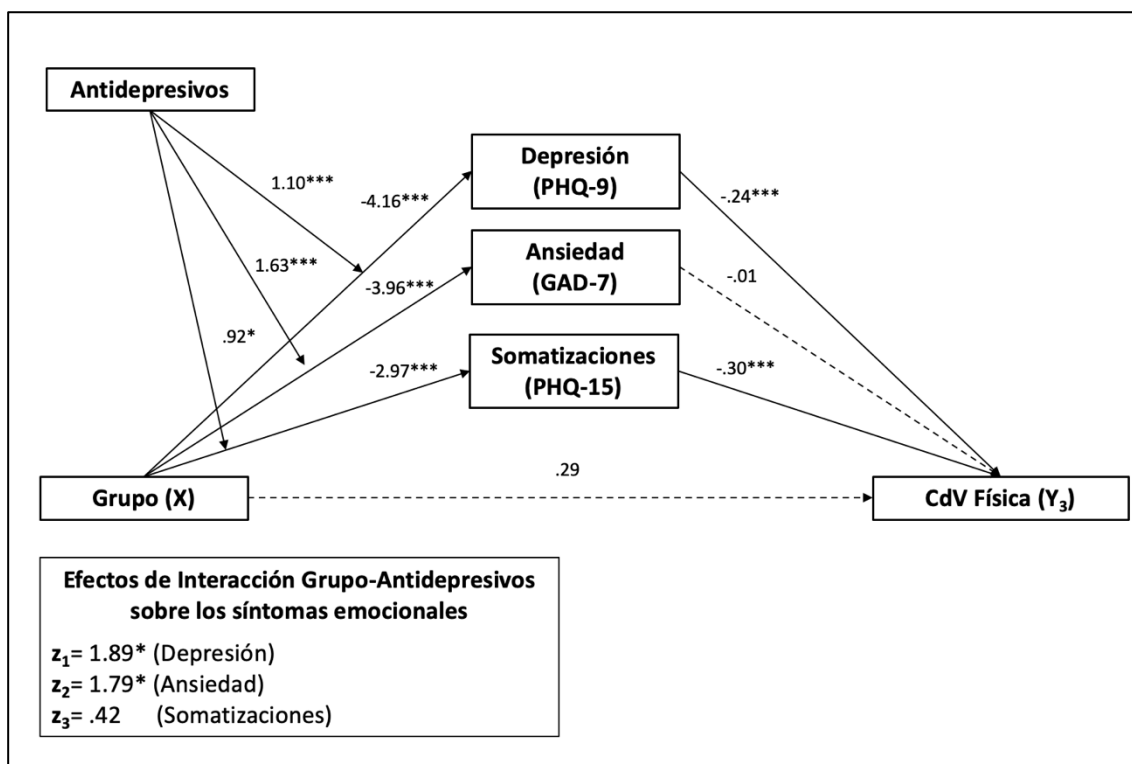


Nota: Grupo: -0.5 TH vs 0.5 TCC-TD+TH; CdV: calidad de vida. PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; PHQ-15: Patient Health Questionnaire-15; GAD-7: Generalized Anxiety Disorder-7.

CdV Física

Los efectos directos de los mediadores sobre la CdV física fueron significativos para la depresión ($\beta = -.24$ [IC 95% = $-.33$; $-.16$], $p = .001$) y las somatizaciones ($\beta = -.30$ [IC 95% = $-.39$; $-.21$], $p = .001$), pero no para la ansiedad ($\beta = -.01$ [IC 95% = $-.10$; $.07$], $p = .765$). El efecto directo del grupo sobre la CdV física tampoco fue significativo ($\beta = .29$ [IC 95% = $-.01$; $.15$], $p = .355$) (figura 21).

Figura 21. Modelo de mediación moderada con la CdV física.

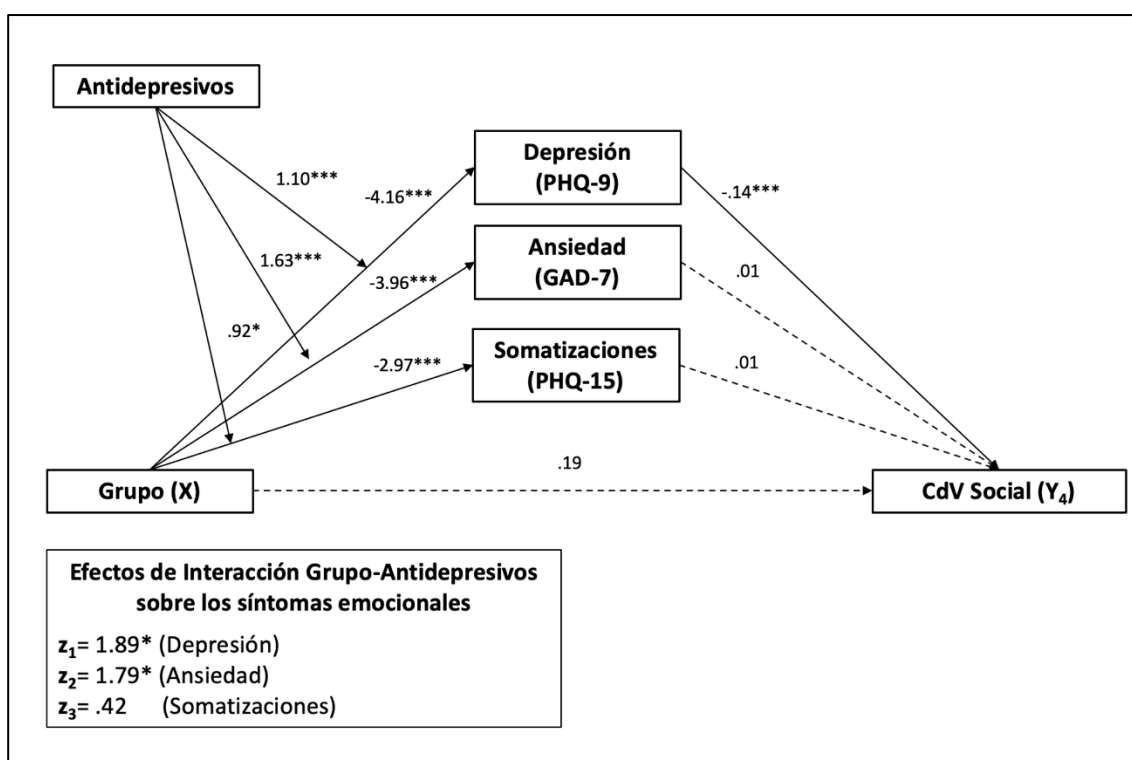


Nota: Grupo: -0.5 TH vs 0.5 TCC-TD+TH; CdV: calidad de vida. PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; PHQ-15: Patient Health Questionnaire-15; GAD-7: Generalized Anxiety Disorder-7.

Los índices de mediación moderada para la CdV física fueron los siguientes: depresión (índice = -.46 [IC 95% = -.99; -.01]), ansiedad (índice = -.02 [IC 95% = -.26; .18]) y somatizaciones (índice = -.12 [IC 95% = -.59; .34]). Los resultados indican que la hipótesis de mediación moderada sólo se cumple para la variable mediadora depresión, ya que es la única variable cuyo intervalo de confianza no incluye el valor 0. En la tabla 7 se muestran los efectos indirectos condicionales respectivos a este mediador.

Los efectos directos de los mediadores sobre la CdV social fueron significativos para la depresión ($\beta = -.14$ [IC 95% = $-.20$; $-.08$], $p = .001$), pero no para la ansiedad ($\beta = .01$ [IC 95% = $-.05$; $.07$], $p = .743$) y las somatizaciones ($\beta = .01$ [IC 95% = $-.05$; $.06$], $p = .835$). El efecto directo de la variable grupo sobre la CdV social tampoco fue significativo ($\beta = .19$ [IC 95% = $-.21$; $.61$], $p = .352$) (figura 22).

Figura 22. Modelo de mediación moderada con la CdV social.



Nota: Grupo: -0.5 TH vs 0.5 TCC-TD+TH; CdV: calidad de vida. PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; PHQ-15: Patient Health Questionnaire-15; GAD-7: Generalized Anxiety Disorder-7.

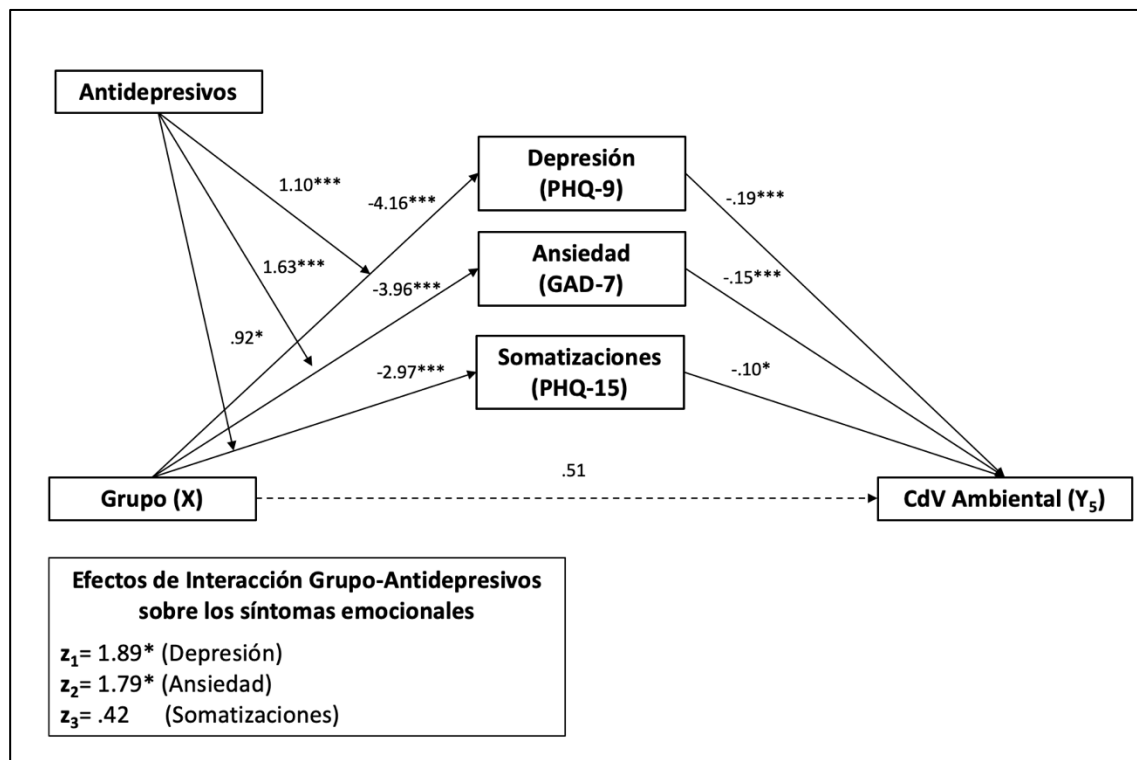
Los índices de mediación moderada para la CdV social fueron los siguientes: depresión (índice = $-.27$ [IC 95% = $-.59$; $.01$]), ansiedad (índice = $.01$ [IC 95% = $-.11$;

.15]) y somatizaciones (índice = .01 [IC 95% = -.05; .05]). Los resultados indican que la hipótesis de mediación moderada no se cumple para ninguna de las variables mediadoras, ya que su intervalo de confianza incluye el valor 0.

CdV Ambiental

Los efectos directos de los mediadores sobre la CdV ambiental fueron significativos para la depresión ($\beta = -.19$ [IC 95% = $-.29$; $-.09$], $p = .001$), la ansiedad ($\beta = -.15$ [IC 95% = $-.26$; $-.04$], $p = .007$) y las somatizaciones ($\beta = -.10$ [IC 95% = $-.20$; $-.01$], $p = .043$). El efecto directo del grupo sobre la CdV ambiental no fue significativo ($\beta = .51$ [IC 95% = $-.22$; 1.16], $p = .172$) (figura 23).

Figura 23. Modelo de mediación moderada con la CdV ambiental.



Nota: Grupo: -0.5 TH vs 0.5 TCC-TD+TH; CdV: calidad de vida. PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; PHQ-15: Patient Health Questionnaire-15; GAD-7: Generalized Anxiety Disorder-7.

Los índices de mediación moderada para la CdV ambiental fueron los siguientes: depresión (índice = $-.36$ [IC 95% = $-.87$; $.01$]), ansiedad (índice = $-.27$ [IC 95% = $-.65$; $.01$]) y somatizaciones (índice = $-.04$ [IC 95% = $-.26$; $.12$]). Los resultados indican que la hipótesis de mediación moderada no se cumple para ninguna de las variables mediadoras, ya que su intervalo de confianza incluye el valor 0.

4. Discusión

4.1. Discusión estudio 1

El primer estudio de esta tesis tuvo como objetivo principal investigar en una muestra de pacientes de AP los mecanismos de acción de la TCC-TD que conducen a una mejora de la CdV. Para ello, se analizó el efecto secuencial de la TCC-TD sobre un FCED (preocupaciones, rumiaciones, atención a las amenazas y metacogniciones negativas), los síntomas emocionales (ansiedad, depresión y somatizaciones) y la CdV. Los resultados mostraron que la mejora de la CdV tras recibir TCC-TD estaba mediada por la reducción del uso del FCED y la reducción de síntomas emocionales. Según los análisis, la TCC-TD ayuda a reducir el FCED, lo que lleva a la persona a una disminución de los síntomas emocionales y, en última instancia, a mejorar la CdV. Asimismo, los resultados mostraron que este efecto de mediación serial se producía en todos los síntomas emocionales, lo que subraya el rol transdiagnóstico de estas REDs en diferentes TE.

Los efectos directos del grupo de asignación (control vs experimental) sobre los síntomas de ansiedad, depresión y somatizaciones fueron significativos, a favor en todos los casos del grupo experimental (TCC-TD+TH), lo que apoya la literatura previa donde se ha observado que la TCC-TD es un enfoque prometedor y eficaz para el tratamiento de los TE (Cano-Vindel et al., 2021; Cassiello-Robbins et al., 2020; Cuijpers, Miguel, Ciharova, et al., 2023; Newby et al., 2015). Esto es especialmente relevante en un ámbito como el de AP, donde la TCC-TD puede ser administrada en formato grupal (como es el caso de este ECA) para tratar diversos TE de manera simultánea (recordemos que en el ámbito de AP la comorbilidad es más la norma que la excepción), lo que hace que sea un tratamiento con una mejor relación coste-efectividad que el TH (Ruiz-Rodríguez et al., 2018). Por otro lado, los efectos directos también han mostrado que añadir un protocolo de TCC-TD al TH puede ayudar a reducir el uso de REDs, medidas en este estudio a

través del FCED. Estos hallazgos se encuentran en consonancia con los estudios previos, donde también se ha observado que las estrategias de RE son uno de los principales objetivos de la TCC, y más concretamente de la TCC-TD, para el tratamiento de los TE (Sakiris & Berle, 2019; Sloan et al., 2017). Este paradigma basado en procesos (Hayes & Hofmann, 2018; Hofmann & Hayes, 2019) sugiere que las dificultades en la RE son intrínsecas a múltiples formas de psicopatología, como la ansiedad o la depresión, y sostiene la idea de que la RE puede constituir un objetivo clave en los tratamientos psicológicos (Kring & Sloan, 2009). Esta relación entre las REDs y los TE también se puede observar en los resultados de este estudio, ya que los efectos directos entre el FCED y los síntomas de ansiedad, depresión y somatizaciones resultaron significativos, lo que muestra que un mayor uso de estas REDs conduce a una mayor gravedad de síntomas emocionales. Asimismo, los resultados también han mostrado que los TE presentan un efecto directo significativo sobre la CdV. En todos los síntomas emocionales estudiados, una mayor gravedad se ha relacionado con una CdV general más reducida. Estos resultados también apoyan la literatura previa, donde se han encontrado evidencias de una relación bien establecida entre diversos TE y una peor CdV, como la depresión (Rezaiye et al., 2023; Rong et al., 2019; Zhou et al., 2022, 2023; Zwick et al., 2023), la ansiedad (Beard et al., 2010; Comer et al., 2011; Hofmann et al., 2014; Primiano et al., 2014; Wyrwich et al., 2009) o las somatizaciones (Gili et al., 2014; Grassi et al., 2020; Grochtdreis et al., 2023; Luo et al., 2014; Mahrer et al., 2012; van Westrienen et al., 2020). Finalmente, por lo que a los efectos directos se refiere, encontramos que en nuestros análisis la TCC-TD+TH no presentó un efecto directo significativo sobre la CdV. Este hecho es un punto diferencial con trabajos previos del mismo grupo PsicAP, como la publicación de los resultados principales del ensayo por Cano-Vindel et al. (2021), donde se informó de un efecto significativo de la TCC-TD sobre la CdV, con tamaños del efecto

de pequeños a medianos a favor del grupo experimental. Sin embargo, esta diferencia entre efectos directos puede explicarse a través de los efectos indirectos y totales, que como veremos a continuación, sí resultan significativos.

Los análisis de efectos indirectos mostraron que el efecto indirecto principal (TCC-TD--FCED--Síntomas--CdV) fue significativo. En concreto, se produce lo que se conoce como un efecto de mediación total (el efecto directo de la terapia sobre la CdV no es significativo, pero sí lo es el efecto total). Este efecto de mediación total indica que la TCC-TD no mejora por sí sola la CdV, sino que lo hace a través de la reducción secuencial del uso de REDs y síntomas emocionales de ansiedad, depresión o somatizaciones. Es decir, la mejora en la CdV, obtenida a través de la terapia psicológica, se produce gracias a un efecto en cascada, que comienza con la reducción de las REDs, seguido por una disminución de los síntomas emocionales y termina con una mejora de la CdV. Hasta la fecha no se ha encontrado ningún trabajo previo que aborde el efecto secuencial de estas cuatro variables en su conjunto, sin embargo, sí existe literatura anterior que ha abordado algunos efectos indirectos similares. Por ejemplo, en el trabajo desarrollado por Hur et al. (2017) se sugirió que la rumiación y la preocupación son estrategias cognitivas con un alto grado de varianza común, que pueden agruparse bajo un factor general denominado “pensamiento negativo repetitivo”, al mismo tiempo que se mantiene una cierta especificidad de contenido independiente para cada constructo (Lewis et al., 2019). Este factor de “pensamiento negativo repetitivo” se ha estudiado anteriormente como un mediador clave entre la terapia psicológica y algunos TE como la depresión y ansiedad (Kircanski et al., 2015; Lewis et al., 2019; McEvoy et al., 2013). Otro trabajo que ha estudiado el efecto indirecto de ciertas REDs con los síntomas emocionales y la CdV es el desarrollado por Muñoz-Navarro et al. (2022). En este trabajo, realizado también a partir de los datos del ensayo PsicAP, la preocupación, la rumiación y la metacognición

negativa resultaron ser mediadores significativos y se mostraron como las REDs más transdiagnósticas entre los diferentes síntomas evaluados (ansiedad, depresión y somatización). Sin embargo, no se tuvo en cuenta el sesgo atencional a las amenazas como RED, por lo que este es un aspecto novedoso que aporta el presente estudio. En el trabajo de Muñoz-Navarro et al. (2022) también se estudió el rol mediador de estas REDs sobre la CdV, encontrándose que el único mediador significativo fue la metacognición negativa. Este efecto único puede ser atribuido a que la CdV es un constructo complejo que engloba percepciones sobre el bienestar físico, psicológico, social y ambiental, lo que implica que la persona debe realizar una evaluación consciente sobre qué y cómo se siente, lo que a su vez implica un ejercicio de “pensar sobre sus propios pensamientos”. Es decir, la metacognición, sería un tipo de procesamiento cognitivo más complejo que implicaría cierto nivel de control sobre otros procesos cognitivos como la rumiación o la preocupación (Nordahl & Wells, 2019; Wells, 2008; Wells & Matthews, 1996), lo que a su vez permitiría la evaluación subjetiva de un estado vital más complejo que los síntomas de ansiedad o depresión, como la CdV. Otro factor que puede explicar este efecto único a través de la metacognición negativa es que los análisis de mediación realizados en el trabajo de Muñoz-Navarro et al. (2022) fueron multivariable y en paralelo, lo que pudo hacer que el efecto de diversas REDs en específico quedase enmascarado por la varianza común compartida entre todas las estrategias. Los resultados obtenidos en este estudio refuerzan los datos previos, pero también aportan información nueva al mostrar que el funcionamiento del FCED es muy similar a los factores independientes de preocupación, rumiación, atención a las amenazas y metacognición negativa, lo que subraya no solo el rol transdiagnóstico de estas estrategias como proceso subyacente a diversos TE, sino también la existencia de un FCED que resulta ser algo más que la suma de sus partes independientes. En definitiva, los hallazgos en relación con el FCED apoyan la tesis

propuesta recientemente por otros autores, como Abramovitch et al. (2021) y Muñoz-Navarro et al. (*under review*), donde se sugiere que diversos factores cognitivos deberían considerarse como un factor cognitivo transdiagnóstico en los TE y ser un objetivo clave para la terapia psicológica basada en procesos (Hayes & Hofmann, 2018; Hofmann & Hayes, 2019).

Los contrastes de los efectos indirectos mostraron que el efecto indirecto secundario con un mayor tamaño fue aquél que únicamente considera como mediador a los síntomas emocionales sobre la CdV (TCC-TD--Síntomas--CdV). Es decir, el efecto indirecto de la TCC-TD sobre la CdV es más potente cuando se considera únicamente los síntomas emocionales de ansiedad, depresión o somatizaciones. Estos resultados son congruentes con la literatura previa, donde se ha observado que la TCC-TD presenta un tamaño del efecto de mediano a grande sobre los síntomas emocionales y de pequeño a mediano sobre las REDs (Cano-Vindel et al., 2021., Muñoz-Navarro et al., 2022). Sin embargo, esto no indica que el efecto a través del FCED no sea relevante y tenga importantes implicaciones teóricas y clínicas. Trabajos previos han intentado explicar este mayor efecto de la terapia psicológica sobre los síntomas emocionales, así como su impacto indirecto sobre la CdV y el funcionamiento (Kamenov et al., 2017; Trompenaars et al., 2006). Por ejemplo, en el estudio de Kamenov et al. (2017), que empleó análisis de metaregresión, se encontró que la reducción de los síntomas depresivos es un factor clave para la mejora de la calidad de vida (CdV). Además, se observó que la recuperación funcional y la mejora en la CdV asociadas con la disminución de estos síntomas tienden a manifestarse de forma más tardía. Tal y como señalan Cano-Vindel et al. (2021), es razonable esperar que los cambios en el funcionamiento y la CdV tarden más en arraigarse que los cambios a nivel sintomático, que son más inmediatos durante y después de finalizar la terapia. Otro aspecto diferencial entre los tamaños del efecto indirectos

observados en las estrategias cognitivas y en los síntomas emocionales, es que los cambios en los síntomas pueden ser percibidos de manera más rápida por parte de los pacientes que los cambios a nivel de pensamiento. Este hecho sugiere que los cambios en las estrategias cognitivas requieren de un mayor tiempo para ser procesados, integrados y reconocidos de manera consciente. En este sentido, la mejora de los síntomas emocionales resultaría en un refuerzo inmediato de las técnicas conductuales de la TCC-TD al reducir algunos de los síntomas emocionales desagradables, y la mejora/reducción del uso de REDs constituirían un refuerzo a largo plazo, que actuaría como mantenedor del bienestar o la CdV.

Los resultados obtenidos en este primer estudio tienen algunas implicaciones clínicas que son importantes. En primer lugar, los resultados han mostrado un buen funcionamiento del FCED, en términos de obtención de resultados similares a las estrategias de RE por separado abordadas en otros trabajos, lo que destaca la solidez de la existencia de este factor transversal desadaptativo entre las diferentes REDs. Además, los efectos directos e indirectos sobre la CdV muestran que, aunque con un tamaño del efecto menor que los síntomas, las REDs son procesos que subyacen a la psicopatología (Hofmann & Hayes, 2019; Sloan et al., 2017) y que tienen una repercusión significativa sobre los cambios en la CdV tras la terapia psicológica. Además, los resultados de este trabajo, junto con los obtenidos por Muñoz-Navarro et al. (*under review*), destacan la importancia de valorar las REDs en un entorno como el de AP, donde cada vez más profesionales médicos demandan un enfoque que no esté centrado únicamente en la reducción de síntomas (Gladis et al., 1999). En el trabajo de Muñoz-Navarro et al. (*under review*) se realizaron análisis ROC para analizar la capacidad predictiva de detección de TDM, TAG y TP a través de los cuatro factores cognitivos específicos (preocupación, rumiación, atención a las amenazas y metacognición negativa) y del FCED. Los

resultados mostraron que ninguno de estos factores en específico era capaz de detectar de manera confiable ninguno de estos trastornos ($AUC < .70$), mientras que el FCED era capaz de predecir de manera significativa los tres TE ($AUC > .80$ para los tres). Es decir, los factores cognitivos de RE son procesos que subyacen a diversos TE (y por tanto pueden ser potenciales objetivos terapéuticos), pero también son procesos cognitivos latentes que permiten la detección confiable de diversos TE, un aspecto fundamental en AP, donde un porcentaje significativo de pacientes a menudo reciben un diagnóstico erróneo (Mitchell et al., 2009; Murray et al., 2016; Olariu et al., 2015) y un consiguiente tratamiento inadecuado (Chisholm et al., 2016; Moreno & Moriana, 2012). En segundo lugar, los análisis de mediación serial han puesto de manifiesto la importancia de estudiar los mecanismos de cambio de la TCC-TD. El hecho de haber obtenido un efecto de mediación total entre la TCC-TD y la CdV, a través del efecto indirecto sobre el FCED y los síntomas emocionales (en otros trabajos los efectos de mediación solo fueron parciales), señala la importancia de estudiar y conocer mejor cuáles son los mecanismos de cambio de la terapia psicológica, ya que esto puede ayudar a diseñar mejores protocolos transdiagnósticos, así como a identificar mecanismos concretos asociados a determinados síntomas, algo especialmente relevante en un entorno como el de AP, donde existe un perfil muy heterogéneo de pacientes (Jurado-González et al., 2024). Finalmente, el hecho de situar como variable dependiente a la CdV (y, por tanto, como objeto principal de estudio) destaca la importancia de entender los objetivos de la terapia psicológica desde una perspectiva más amplia y duradera en el tiempo, no focalizando únicamente la atención en la reducción inmediata de síntomas. Es decir, el objetivo último de la terapia no debe ser en sí la reducción de síntomas o la mejora de ciertos procesos cognitivos (o por lo menos no únicamente), sino que estos también terminen conduciendo a una mejora en el funcionamiento diario y en la CdV autopercebida.

El presente estudio tiene algunas limitaciones que es importante señalar. En primer lugar, todos los instrumentos utilizados para medir las variables sintomáticas, las REDs y la CdV son medidas de autoinforme, lo que puede llevar a sesgos en los resultados, especialmente en las medidas sintomáticas. En este sentido, el PHQ-9, el GAD-7 y el PHQ-15 son instrumentos útiles para el cribado y la detección de TE, pero no deben utilizarse como medidas diagnósticas, sino como indicadores de un posible trastorno y una medida de gravedad de síntomas. Ahora bien, a pesar de esto, todas las medidas sintomáticas utilizadas en este estudio han sido validadas previamente en AP, comparando las medidas de autoinforme con entrevistas clínicas diagnósticas, con resultados que sugieren que son indicadores clínicos válidos y fiables de un posible TE (Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, Medrano, et al., 2017; Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, Moriana, et al., 2017; Muñoz-Navarro et al., 2015, 2016). En segundo lugar, es importante señalar que las medidas de CdV, ansiedad, depresión y somatización muestran un alto nivel de correlación y solapamiento de contenido (Angermeyer et al., 2002), por lo que al haber sido medidas en el mismo momento temporal la varianza común de estas escalas puede afectar a los resultados. Sin embargo, todas estas escalas también han mostrado ampliamente su sensibilidad y especificidad para cada constructo: PHQ-15 (van Ravesteijn et al., 2009), GAD-7 (Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, Moriana, et al., 2017), PHQ-9 (Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, Medrano, et al., 2017) y CdV (Lucas-Carrasco, 2012). Diversos estudios que han examinado la relación entre la CdV y los TE han mostrado que, a pesar de existir un porcentaje de varianza común entre estos constructos (25-40% aproximadamente), también existe un alto porcentaje de varianza no común que es específica de cada uno de ellos, lo que indica que la CdV implica más aspectos que los cubiertos únicamente por los síntomas de depresión, ansiedad o somatización (González-Blanch, Hernández-de-Hita, et al., 2018; Trompenaars et al., 2006). En tercer lugar, los

análisis presentados son por protocolo (PP), no por intención de tratar (ITT), por lo que los análisis no tienen en cuenta a los pacientes que abandonaron el tratamiento antes de finalizarlo. Sin embargo, como ya se ha señalado, los análisis suplementarios realizados para examinar las posibles diferencias en las características de los pacientes que completaron las medidas postratamiento y los que no, sugirieron que no había diferencias en las variables medidas. Por otra parte, en los resultados principales del ensayo PsicAP (Cano-Vindel et al., 2021), se presentaron análisis ITT y PP para analizar la eficacia del protocolo TCC-TD+TH sobre las variables sintomáticas de ansiedad, depresión y somatizaciones, así como sobre la CdV y el funcionamiento. Ambos análisis condujeron a resultados sustancialmente iguales, lo que sugiere que en los análisis de este estudio tampoco deberían encontrarse diferencias significativas. Además, es importante señalar que las tasas de abandono en el ensayo PsicAP son similares a las reportadas en el metaanálisis de Bortolotti et al. (2008), donde se mostró que la tasa media de abandono en ECAs de estas características es de aproximadamente el 35%. En cuarto lugar, este trabajo se ha centrado principalmente en analizar el papel de las estrategias cognitivas de RE (preocupación, rumiación, atención a las amenazas y metacognición negativa), sin embargo, la literatura ha señalado que otro tipo de estrategias de RE más de tipo conductual (como la supresión, la evitación o la distracción), también desempeñan un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento de ciertos TE, como la ansiedad o la depresión (Naragon-Gainey et al., 2017). Además, otra limitación a este respecto es que solo se evaluaron REDs, lo que supone no evaluar el efecto de otras estrategias más de tipo adaptativo (como la reevaluación positiva) que la literatura ha sugerido que se encuentran relacionadas con el bienestar y la CdV (Sakiris & Berle, 2019). Finalmente, encontramos que en este estudio solo se ha evaluado el efecto de mediación serial de las REDs y los síntomas sobre la CdV global, dejando de lado posibles efectos diferenciales

sobre las dimensiones específicas de este constructo, como la CdV psicológica o CdV física. En este sentido, estudios como el de Hsu et al. (2014) sugieren que pueden existir diferencias en la relación entre los síntomas de ansiedad o depresión y la CdV, de tal forma que la ansiedad puede tener una mayor correlación con la CdV psicológica y la depresión con la CdV física.

A tenor de los resultados de este trabajo, así como de las limitaciones expuestas, líneas de investigación futuras podrían abordar las siguientes cuestiones. En primer lugar, sería interesante valorar si existe una relación secuencial entre las diferentes REDs incluidas en el FCED de este estudio. Por ejemplo, teniendo en cuenta el modelo SCA (Wells, 2002, 2008; Wells & Matthews, 1996), es razonable pensar que pueda existir una relación secuencial entre el sesgo atencional a las amenazas, la rumiación/preocupación y las metacogniciones negativas. Es decir, que un mayor sesgo atencional hacia las amenazas conduzca a experimentar mayores niveles de preocupación o rumiación, que a su vez lleve a la construcción de una mayor cantidad de creencias negativas sobre uno mismo y sus pensamientos. Además, se podrían valorar diferencias en este sistema secuencial en función del TE, ya que como algunos autores han sugerido, el proceso de rumia podría ser más característico de la depresión, mientras que la preocupación sería más prototípica de la ansiedad (Andrews et al., 2010). En segundo lugar, algunos autores han hipotetizado la existencia de un factor transdiagnóstico entre los diferentes TE (Barlow, 2011), lo que sugiere que sería interesante realizar un modelo bifactor, de manera similar al realizado por Muñoz-Navarro et al. (*under review*) con las REDs, pero con los síntomas de ansiedad, depresión y somatizaciones. En caso de confirmarse la existencia de dicho factor, podría utilizarse como un factor general (igual que el FCED) y utilizarse como un mediador para ver si los resultados de este trabajo se replican utilizando dicho factor transdiagnóstico de TE. En tercer lugar, se podrían plantear otro tipo de análisis,

como los análisis de redes o modelos de ecuaciones estructurales, con el objetivo de replicar y aportar nueva información basada en síntomas/ítems concretos de los diversos TE o REDs. A este respecto, algunos estudios recientes, como el desarrollado por Jurado-González et al. (2024), representan un intento muy prometedor de abordar estas relaciones entre las REDs, los TE y la CdV. Finalmente, sería interesante valorar las posibles diferencias en los resultados en función de otras dimensiones de CdV, ya que como se ha señalado, algunos trabajos relacionan algunas REDs de manera diferencial con algunos TE (Andrews et al., 2010), así como algunos TE con diferencias en las dimensiones de CdV (Hsu et al., 2014).

4.2. Discusión estudio 2

El segundo estudio de esta tesis tuvo como objetivo principal investigar en una muestra de pacientes de AP el efecto de la TCC-TD sobre la CdV a través de la reducción de síntomas emocionales. Dada la literatura previa, así como las propias características del programa psicoterapéutico aplicado, se hipotetizó que la mejora en la CdV tras recibir TCC-TD podía estar producida por la reducción secuencial de diversos síntomas emocionales (ansiedad, depresión y somatizaciones), generándose un efecto de histéresis entre ellos (activación en cadena entre síntomas). Para poner a prueba esta hipótesis, se planteó un conjunto de modelos de mediación serial donde los síntomas de estos TE variaban su orden en la cadena secuencial entre la variable independiente grupo (TCC-TD+TH vs TH) y la variable dependiente CdV. Los resultados mostraron que el efecto indirecto de la terapia psicológica sobre la CdV solo era significativo cuando la cadena secuencial comenzaba con los síntomas de ansiedad o somatizaciones y finalizaba con los síntomas de depresión (modelos 3 y 5). Es decir, la TCC-TD+TH produce una mejora en la CdV a través de la reducción en cascada de síntomas emocionales desagradables, comenzando por los síntomas de ansiedad/somatizaciones y finalizando sobre los síntomas depresivos.

Los efectos directos de la variable grupo sobre los síntomas emocionales de ansiedad, depresión y somatizaciones de todos los modelos resultaron significativos. En todos los casos, los pacientes que recibían TCC-TD+TH reducían más sus síntomas emocionales desagradables que aquellos pacientes que únicamente recibían el TH. Estos resultados son congruentes con estudios previos, donde se ha mostrado que los enfoques transdiagnósticos son un enfoque eficaz para el tratamiento de diversos TE, como la ansiedad, la depresión o las somatizaciones (Andersen et al., 2016; Cano-Vindel et al., 2022; Cuijpers, Miguel, Ciharova, et al., 2023; Newby et al., 2014, 2016; Păsărelu et al.,

2017; Pearl & Norton, 2017; Reinholt & Krogh, 2014; Sakiris & Berle, 2019; Thompson et al., 2021). Además, han mostrado ser eficaces en múltiples formatos de aplicación, como el individual, grupal o virtual (Cuijpers, Miguel, Ciharova, et al., 2023; Cuijpers, Noma, et al., 2019; Miguel et al., 2023), así como en diferentes contextos sanitarios, ya sea en la unidades especializadas de salud mental o en el contexto de AP (Cano-Vindel et al., 2021; Clark, 2018; Cromarty et al., 2016; Cross & Hickie, 2017; Cuijpers, Quero, et al., 2019; Joaquim et al., 2023; Naeem et al., 2017; Seekles et al., 2013). Diversos autores han tratado de abordar los motivos por los cuales los enfoques transdiagnósticos resultan especialmente eficaces para el tratamiento de los TE (Cuijpers, Miguel, Ciharova, et al., 2023; Hayes & Hofmann, 2018; Newby et al., 2014, 2016; Sakiris & Berle, 2019; Sloan et al., 2017). Una primera explicación se basa en la etiología y la alta comorbilidad entre los diferentes TE, lo que hace que los diagnósticos específicos de un único TE sean poco frecuentes y que la representación más habitual de estos sea conjuntamente (Kroenke et al., 2007; Moffitt et al., 2007; Roca et al., 2009). De hecho, Newby et al. (2014) señalan que la presentación mixta de depresión y ansiedad son más frecuentes que los diagnósticos específicos en el entorno de AP. Una segunda explicación (no excluyente con la anterior), es que los tratamientos transdiagnósticos se centran en trabajar procesos de cambio comunes a los diferentes TE, como la resolución de problemas, las estrategias de exposición, la activación conductual, la regulación emocional, la flexibilidad atencional o la aceptación psicológica (Hayes & Hofmann, 2018; Klepac et al., 2012). Los efectos directos significativos de la TCC-TD+TH sobre los diferentes síntomas de ansiedad, depresión y somatizaciones de este estudio pueden interpretarse como una representación de la eficacia del enfoque centrado en los mecanismos de cambio que subyacen a diversos TE, así como de la alta comorbilidad y elementos comunes a nivel sintomático entre estos trastornos. Finalmente, en relación con los efectos directos de la

variable grupo, volvemos a encontrar que el tratamiento psicológico no presenta un efecto directo significativo sobre la CdV (igual que en el estudio 1). De nuevo, ocurre lo que se conoce como un efecto de mediación total. En este caso, la mejora en la CdV, obtenida a través de la terapia psicológica, se produce a través de un efecto en cascada que comienza con la reducción de la ansiedad y/o somatizaciones y finaliza con la depresión. Este hecho pone en relieve que, aunque la reducción de síntomas es uno de los principales objetivos de la terapia psicológica, esta también presenta un impacto significativo en otras áreas que son fundamentales para el bienestar y la salud mental de la persona, como la CdV o el funcionamiento (Grassi et al., 2020; Hohls et al., 2021; Kamenov et al., 2017; Liao et al., 2019).

Los resultados de los efectos directos de los mediadores sobre la variable dependiente mostraron que únicamente la depresión mostraba un efecto directo significativo sobre la CdV. Es decir, en todos los modelos de mediación en serie planteados el único mediador con un efecto directo sobre la CdV fue la depresión. Estos resultados son contradictorios con la literatura previa, donde se han relacionado los síntomas de ansiedad (Beard et al., 2010; Comer et al., 2011; Hofmann et al., 2014; Primiano et al., 2014; Wyrwich et al., 2009) o somatizaciones (Gili et al., 2014; Grassi et al., 2020; Grochtdreis et al., 2023; Luo et al., 2014; Mahrer et al., 2012; van Westrienen et al., 2020) con una peor CdV. Asimismo, estos resultados pueden parecer contradictorios con los resultados en el estudio 1 de esta misma tesis, donde se encontró que los síntomas emocionales resultaban en un impacto significativo sobre la CdV. Sin embargo, esta diferencia entre los dos estudios podría explicarse a partir de la base teórica desde la que se plantea cada uno, así como desde la naturaleza de los análisis de mediación serial. En el estudio 1 se plantearon modelos de mediación en los que la ansiedad, la depresión y las somatizaciones actúan como mediadores independientes en la relación entre el

tratamiento psicológico y la CdV (a pesar de estar en una secuencia precedida por el FCED, ya que ningún síntoma se introdujo simultáneamente con otro en un mismo modelo). En estos modelos, todos los síntomas por separado mostraron efectos directos significativos sobre la CdV. Sin embargo, en el estudio 2, los modelos de mediación en serie significativos consideran una secuencia donde la ansiedad y las somatizaciones preceden a la depresión, estableciendo una cadena de efectos entre síntomas (Borsboom, 2017). En este contexto, los efectos directos de la ansiedad y las somatizaciones sobre la CdV pueden no ser significativos, ya que estos efectos podrían estar completamente mediados por la depresión, que se convierte en el mediador final antes de la CdV. Esta diferencia en los modelos sugiere que, mientras que en el primer estudio cada síntoma tiene un impacto directo e independiente sobre la CdV, en el segundo estudio, la depresión absorbe y canaliza los efectos de la ansiedad y las somatizaciones, señalando así la posibilidad de que los síntomas depresivos presenten un papel preeminente sobre la CdV autopercebida.

Los efectos indirectos mostraron que únicamente los modelos que consideraban la ansiedad o las somatizaciones como los primeros eslabones de la cadena secuencial entre la variable grupo (TC-TD+TH vs TH) y la CdV resultaban significativos (modelos 3 y 5). Estos resultados reflejan dos aspectos importantes: en primer lugar, la ansiedad y las somatizaciones presentan una elevada interrelación, siendo difícil establecer cuando una es causa o consecuencia de la otra y viceversa; y, en segundo lugar, en pacientes con síntomas leves-moderados, el tratamiento de los síntomas de ansiedad y/o somáticos precede al tratamiento de los síntomas depresivos, que finalmente conducen a una mejora de la CdV.

Estudios previos han abordado la relación entre los trastornos de ansiedad y las somatizaciones (Burton et al., 2011; Lipsanen et al., 2004), llegando a la conclusión de

que debido a factores etiológicos comunes y al alto grado de comorbilidad entre ambas se establece una relación bidireccional y recíproca, donde en la mayoría de las ocasiones son causa y consecuencia simultáneamente (Meuret et al., 2020; Penninx et al., 2021). Por ejemplo, Mallorquí-Bagué et al. (2016) señalaron que la atención selectiva a procesos corporales aumenta la verbalización de los síntomas somáticos, lo que a su vez conduce a un mayor grado de experimentación de estos a través de un proceso de ansiedad anticipatoria en situaciones futuras. Otros autores, como Larson et al. (2004) o Rief & Barsky (2005) también han señalado que la ansiedad es una respuesta del organismo que precede y provoca la aparición de síntomas somáticos debido al aumento de conciencia o de la alteración de la percepción de las sensaciones físicas. Este tipo de bucles recíprocos son especialmente claros en trastornos como la hipocondría o el pánico, donde la fijación en diversos síntomas somáticos exacerba la percepción de gravedad de estos, al mismo tiempo que generan una elevada ansiedad que, gestionada a través de estrategias desadaptativas de reaseguración, funciona como un mantenedor a largo plazo y un desencadenante para situaciones futuras donde se perciban síntomas físicos amenazantes (Sevillá & Pastor, 2011). Por otro lado, otros autores han señalado la posibilidad de diferenciar entre diferentes subtipos de TAG (Portman et al., 2011), como el TAG de tipo preocupación, el de tipo tensión somática y el de tipo combinado. Atendiendo a esta teoría, aquellas personas con un TAG de tipo tensión somática serían más propensas a experimentar una mayor cantidad de síntomas somáticos y, por tanto, un bucle como el que se ha comentado anteriormente. En esta línea, un trabajo muy reciente realizado por Esteller Collado et al. (2023) sobre el rol mediador de las REDs y las REAs en la relación entre la ansiedad y los síntomas somáticos, utilizando la solución de dos factores para el instrumento GAD-7 propuesta por Moriana et al. (2022), mostró que aquellas personas que experimentan un tipo de ansiedad caracterizada por los síntomas de inquietud,

irritabilidad e incapacidad para la relajación (factor somático de ansiedad), hacen uso de estrategias como la rumiación, la preocupación o la catastrofización, lo que conduce a mayores niveles de síntomas somáticos. En definitiva, la ansiedad y las somatizaciones son dos constructos que, a pesar de haber demostrado especificidad de contenido, comparten aspectos etiológicos comunes y una alta tasa de comorbilidad, lo que hace que frecuentemente presenten una relación bidireccional.

Los resultados de los efectos indirectos, donde se observa un efecto en cascada que comienza con una reducción de la ansiedad/somatizaciones y después con la depresión, también son congruentes con la literatura previa. Otros estudios han mostrado que la ansiedad a menudo precede a la depresión (Alloy et al., 1990; Breslau et al., 1995; Kovacs et al., 1989; Mathew et al., 2011; Merikangas et al., 2003; Regier et al., 1990; Wittchen & Hand, 1998) y que el TAG podría desempeñar un papel fundamental en el desarrollo del TDM, especialmente cuando los síntomas de ansiedad se cronifican y agravan en el tiempo (Brady & Kendall, 1992). Esta relación secuencial en la aparición de los síntomas de ansiedad y depresión también se ha abordado desde diversos modelos teóricos, como el modelo cognitivo (Beck et al., 1979; Beck & Greenberg, 1989), el modelo tripartito (Clark & Watson, 1991), el modelo de indefensión-desesperanza (Alloy et al., 1990) y el modelo jerárquico de los tres factores (Barlow, 2000). Entre estos modelos, el modelo de indefensión-desesperanza de Alloy et al. (1990) ofrece una explicación clara y detallada de la transición entre estos TE. Recordemos que, según este modelo, los síntomas de ansiedad son más prevalentes en fases iniciales de un TE y se caracterizan por una constante incertidumbre y preocupación, lo que lleva a la persona a experimentar una elevada percepción de incontrolabilidad. Esta percepción de incontrolabilidad lleva a realizar atribuciones negativas sobre los resultados obtenidos en las situaciones que se perciben como una amenaza, lo que guía a la persona hacia

sentimientos de indefensión (“no puedo hacer nada”). Con el tiempo, la indefensión prolongada conduce a la desesperanza, donde el individuo cree que los resultados negativos son inmutables y que nada puede hacerse para cambiar la situación (“nunca podré hacer nada”), marcando así la transición hacia la depresión. Teniendo en cuenta este marco teórico, se puede comprender por qué los modelos de este estudio donde la depresión es el inicio de la cadena secuencial no resultan significativos, ya que la depresión a menudo puede producirse como una consecuencia acumulativa de la ansiedad y las somatizaciones, en lugar de ser un factor desencadenante inicial. Esta secuencia de aparición entre síntomas ha llevado a hipotetizar en el pasado que tratar el TAG de forma temprana puede ser una ventana de oportunidad para prevenir el TDM posterior (Moffitt et al., 2007). En este sentido, los tratamientos transdiagnósticos pueden ser una opción muy prometedora, ya que a menudo se basan en técnicas y estrategias comunes a estos dos TE, como la psicoeducación, las técnicas de relajación, la modificación de sesgos cognitivos, las estrategias de RE, la terapia cognitiva o la exposición. Así, algunos autores han señalado que las terapias dirigidas a síntomas comunes entre la ansiedad y la depresión pueden conducir a una mejora inicial de los síntomas de ansiedad, como la dificultad para relajarse o la irritabilidad, y más tarde ayudar a reducir o prevenir algunos síntomas depresivos, como la anhedonia o el estado de ánimo decaído (Barlow et al., 2013; Borsboom, 2017). A este respecto, es importante entender que los pacientes del ensayo PsicAP son pacientes con un grado de severidad de síntomas leves-moderados, tanto en ansiedad como en depresión, lo que puede implicar que algunas de las características centrales de la depresión, como la anhedonia o desesperanza severas, todavía no se encuentren instauradas en el funcionamiento diario de la persona. Un trabajo reciente realizado sobre los datos de este ensayo por Prieto-Vila et al. (2024), sobre las trayectorias a largo plazo de los síntomas depresivos y las características basales

asociadas a estos, mostró que un porcentaje alto de pacientes del ensayo (64%) se podían englobar bajo la trayectoria de recuperación, lo que puede ser un indicio clave sobre la gravedad y la tipología de pacientes que han sido tratados en este ECA, así como de una muestra representativa de la tipología típica de paciente que acude a los servicios de AP por un TE. Esta apreciación es fundamental, ya que la literatura previa ha mostrado que, cuando existen síntomas depresivos severos, estos deben ser abordados prioritariamente (Sevillá & Pastor, 2011, 2012). Sin embargo, en el PsicAP el objetivo no es realizar un abordaje de los síntomas depresivos graves, sino realizar una prevención sobre dichos síntomas y evitar su empeoramiento. Estas ideas y hallazgos son consistentes con los resultados del segundo estudio de esta tesis, donde se observa que la eficacia de la TCC-TD+TH es mayor cuando se aborda la ansiedad y las somatizaciones primero, reduciendo así los síntomas depresivos posteriores y mejorando en última instancia la CdV de forma significativa. Esta secuencia terapéutica resalta la importancia de una intervención temprana y holística para maximizar los beneficios de la TCC-TD, especialmente en un entorno como el de AP, donde la prevención y la maximización del coste-efectividad de un tratamiento son fundamentales.

Los resultados de este estudio tienen algunas implicaciones clínicas que pueden ser importantes. En primer lugar, los resultados mostraron nuevamente evidencia sólida de que un enfoque transdiagnóstico para el tratamiento de los TE puede ser muy eficaz para reducir los síntomas emocionales de ansiedad, depresión y somatizaciones, especialmente en un entorno como el de AP, donde existe una alta tasa de comorbilidad. En segundo lugar, los resultados también mostraron que, cuando se aborda simultáneamente la ansiedad, la depresión y las somatizaciones, los síntomas depresivos son el mediador más importante a la hora de valorar el impacto final sobre la CdV. Esto resalta la idea de que la depresión, en términos generales, puede ser un TE más complejo,

y que cuando se presenta de forma comórbida con otros TE, como la ansiedad o las somatizaciones, puede desarrollar un papel preminente sobre la CdV. Finalmente, los resultados principales han mostrado que, en un entorno como el de AP, donde la prevención y la actuación temprana son dos pilares fundamentales, los tratamientos transdiagnósticos pueden ser una herramienta eficaz para ayudar a las personas a través de un trabajo secuencial de la ansiedad/somatizaciones y la depresión, evitando que esta última alcance niveles más severos y, por tanto, un mayor impacto en el bienestar y la CdV.

Este segundo estudio también presenta varias limitaciones importantes que deben ser destacadas. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que algunas de estas limitaciones también se encuentran en el estudio 1 de esta misma tesis, debido fundamentalmente a las variables utilizadas y la tipología de análisis realizados. En primer lugar, todos los instrumentos utilizados para medir las variables sintomáticas y la CdV son medidas de autoinforme, lo que puede conducir a resultados sesgados y poco precisos. Sin embargo, todas las medidas utilizadas en este trabajo han sido validadas previamente en el contexto de AP, mostrando que pueden ser indicadores clínicos válidos y fiables de un posible TE (Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, Medrano, et al., 2017; Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, Moriana, et al., 2017; Muñoz-Navarro et al., 2015, 2016). En segundo lugar, las medidas de ansiedad, depresión y somatizaciones presentan un alto nivel de correlación y varianza compartida con las medidas de CdV (Angermeyer et al., 2002). Además, las medidas de síntomas han sido tomadas en el mismo momento temporal, lo que puede llevar a obtener resultados de mediación poco precisos, ya que la varianza compartida entre estos constructos puede enmascarar o resaltar de forma artificial algunos de los efectos observados. Sin embargo, todas estas escalas también han mostrado ampliamente su sensibilidad y especificidad para cada constructo: PHQ-15 (van

Ravesteijn et al., 2009), GAD-7 (Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, Moriana, et al., 2017), PHQ-9 (Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, Medrano, et al., 2017) y CdV (Lucas-Carrasco, 2012). En este sentido, trabajos previos han mostrado que, a pesar de existir un porcentaje de varianza común entre estos constructos, también se observa un porcentaje de varianza no común significativa que es específica de cada constructo, lo que implica que la CdV es un constructo psicológico más complejo que no se encuentra únicamente definido por la presencia o ausencia de síntomas emocionales desagradables (González-Blanch, Hernández-de-Hita, et al., 2018; Trompenaars et al., 2006). En tercer lugar, hay que tener en cuenta que los pacientes del ensayo PsicAP son pacientes con una sintomatología leve-moderada de ansiedad y depresión, por lo que los análisis realizados no tienen en cuenta aquellos pacientes con una sintomatología más grave. De hecho, tal y como señala Prieto-Vila et al. (2024), el 64% de los pacientes tratados en el grupo TCC-TD+TH del ECA se engloban bajo la trayectoria de “recuperación” en los síntomas depresivos a largo plazo, lo que puede dar buena cuenta de la tipología de pacientes tratados en PsicAP. En este sentido, otros autores han señalado que, en pacientes con una sintomatología más grave de depresión y síntomas comórbidos de ansiedad, se deben abordar prioritariamente los síntomas depresivos, especialmente a través de técnicas de activación conductual y psicoeducación (Sevillá & Pastor, 2011, 2012). Sin embargo, como se ha comentado en la discusión de este mismo estudio, los resultados obtenidos para pacientes leves-moderados pueden ser muy útiles para ayudar a implementar tratamientos basados en la prevención en el entorno de AP. Finalmente, los análisis presentados en este estudio (así como los del estudio 1) son por protocolo (PP), no por intención de tratar (ITT), por lo que no se han tenido en cuenta a los pacientes que abandonaron el tratamiento antes de finalizarlo completamente. Ahora bien, como ya se ha señalado, los análisis suplementarios realizados para examinar las posibles diferencias entre la muestra PP y la

muestra ITT sugirieron que no había diferencias en ninguna de las variables implicadas. Asimismo, como ya se ha indicado también anteriormente, las tasas de abandono en el ensayo PsicAP son similares a las reportadas en el metaanálisis de Bortolotti et al. (2008), donde se encontró que la tasa media de abandono en este tipo de ECAs es de aproximadamente el 35%.

A tenor de los resultados obtenidos en este estudio, así como de las limitaciones expuestas, es posible plantear algunas líneas de investigación futura que complementen los hallazgos de este trabajo. En primer lugar, sería interesante realizar un estudio donde se midan las variables sintomáticas en diferentes momentos temporales, de tal forma que pueda observarse el efecto secuencial de la ansiedad/somatizaciones sobre la depresión a través del tiempo. Por ejemplo, teniendo en cuenta el contenido de las 7 sesiones del protocolo PsicAP, se podría plantear un estudio donde se midiese el avance terapéutico después de la segunda y cuarta sesión. Así, se podrían replantear los análisis presentados introduciendo como primeros mediadores de la secuencia las puntuaciones después de la segunda sesión en ansiedad/somatizaciones y, como tercer mediador, las puntuaciones en depresión tras la cuarta sesión. Asimismo, se podrían observar los efectos sobre la CdV tanto en el post-tratamiento como en un seguimiento a los seis o doce meses. De esta forma, se podría conceptualizar de una mejor forma el efecto de mediación temporal entre la reducción de los síntomas de ansiedad/somatizaciones y su acción de prevención sobre los síntomas depresivos. En segundo lugar, sería interesante realizar un ECA donde se incluyan pacientes con un mayor grado de severidad de síntomas de depresión y ansiedad, con el objetivo de ver si los resultados obtenidos con pacientes leves-moderados se replican. Asimismo, sería interesante ver si estos resultados se replican aplicando otro tipo de programas terapéuticos más específicos sobre cada TE, ya que como se ha visto, es posible que el efecto en cascada observado esté producido por el abordaje

transdiagnóstico. Finalmente, también sería interesante evaluar este efecto de histéresis entre síntomas emocionales en otras dimensiones de CdV, como la dimensión física o psicológica, ya que algunos estudios han mostrado una relación diferencial de los síntomas de ansiedad y depresión con estas dimensiones de CdV (Hsu et al., 2014).

4.3. Discusión estudio 3

El objetivo del último estudio de esta tesis fue examinar el papel de los antidepresivos como moderador en la relación mediada por la ansiedad, la depresión y las somatizaciones entre la asignación al grupo (TCC-TD+TH vs TH) y la CdV. Los resultados han mostrado que el efecto de mediación moderada se produce únicamente a través del mediador de síntomas depresivos en las dimensiones global, psicológica y física de CdV. Es decir, los pacientes que toman antidepresivos pueden beneficiarse menos de la TCC-TD que aquellos que no lo hacen, ya que reducen menos sus síntomas de depresión y, por tanto, obtienen menos mejoras en sus puntuaciones de CdV global, psicológica y física.

Los análisis de los efectos directos de la variable grupo (TCC-TD+TH vs TH) sobre los mediadores de depresión, ansiedad y somatizaciones resultaron significativos en todos los casos. Estos efectos fueron a favor del grupo TCC-TD+TH, por lo que se puede afirmar que la adición de un protocolo transdiagnóstico de psicoterapia grupal al TH es más eficaz que el TH por sí solo para el tratamiento de los TE en el entorno de AP. Estos resultados son congruentes con los resultados obtenidos en el estudio 1 y 2 de esta misma tesis, así como con los resultados principales del ensayo PsicAP (Cano-Vindel et al., 2021). Asimismo, estos resultados también son consistentes con trabajos previos donde los enfoques transdiagnósticos han resultado ser eficaces para el abordaje de los TE (Cassiello-Robbins et al., 2020; Cuijpers, Miguel, Ciharova, et al., 2023; Newby et al., 2015). Por otro lado, también se estudió el efecto de los antidepresivos sobre la relación entre la variable grupo y los tres mediadores en paralelo (hipótesis de moderación simple). Los resultados mostraron un efecto de interacción significativo de los antidepresivos sobre los síntomas de depresión y ansiedad, pero no sobre las somatizaciones. En este caso, se puede observar que los pacientes del grupo TCC-TD+TH

que tomaban antidepresivos obtuvieron puntuaciones más altas en depresión y ansiedad, que aquellos pacientes de este mismo grupo que no tomaban antidepresivos. Es decir, las personas que asistieron a los grupos de terapia y que no tomaban medicación antidepresiva tuvieron una mejoría significativamente mayor de los síntomas depresivos y de ansiedad que aquellas personas que sí tomaban antidepresivos. Estos resultados son coherentes con los obtenidos en un estudio previo en el que se observó que los pacientes que tomaban antidepresivos se beneficiaban menos de la TCC-TD que los que no tomaban antidepresivos (González-Blanch et al., 2021). Del mismo modo, un metaanálisis previo sobre la TCC y el uso concomitante de antidepresivos mostró que los pacientes que no tomaban antidepresivos obtuvieron mayores beneficios clínicos que los que sí lo hacían (Whiston et al., 2019). Estos resultados ponen el foco de atención sobre la cuestión de un efecto de interacción potencialmente indeseable entre los dos tratamientos (Otto et al., 2010). En este sentido, algunos autores han sugerido que, aunque estos medicamentos pueden aliviar los síntomas del estado de ánimo, también provocan un embotamiento emocional que va en contra de la propia esencia de la TCC (Fava et al., 2018). De hecho, es posible que los síntomas de abstinencia y algunos efectos secundarios como una mayor ansiedad, insomnio y agitación, dificulten la participación en la terapia (Bockting et al., 2018; Fava et al., 2018; Whiston et al., 2019). Estos hallazgos sugieren que los tratamientos psicológicos basados en TCC-TD sin el uso concurrente de antidepresivos, pueden ser superiores en términos de eficacia y beneficios clínicos en comparación con TCC-TD+antidepresivos, para el abordaje de la ansiedad o la depresión en un contexto como el de AP.

Los efectos directos de los mediadores sobre la CdV mostraron que los síntomas depresivos fueron significativos en todas las dimensiones, la ansiedad fue significativa para las dimensiones psicológica y ambiental, y las somatizaciones para las dimensiones

física y ambiental. Estos resultados son congruentes con otros estudios previos donde se ha relacionado a los síntomas de depresión (Rezaiye et al., 2023; Rong et al., 2019; Zhou et al., 2022, 2023; Zwick et al., 2023), ansiedad (Beard et al., 2010; Comer et al., 2011; Hofmann et al., 2014; Primiano et al., 2014; Wyrwich et al., 2009) y somatizaciones (Gili et al., 2014; Grassi et al., 2020; Grochtdreis et al., 2023; Luo et al., 2014; Mahrer et al., 2012; van Westrienen et al., 2020) con un deterioro en la CdV. De una manera similar a lo ocurrido en el estudio 2 de esta misma tesis, la depresión ha sido el mediador con un mayor impacto sobre la CdV. Este efecto preeminente de los síntomas depresivos sobre la CdV podría explicarse por la propia naturaleza de los análisis de mediación en paralelo (Hayes, 2018). En este tipo de análisis, la forma de introducir los mediadores considera la varianza común entre ellos, de forma que el efecto de algunos mediadores puede verse opacado por el efecto común global o el predominio de uno de ellos frente al resto. Este mayor nivel de restricción en los análisis puede explicar por qué los síntomas de ansiedad y somatizaciones, en determinadas dimensiones de CdV, pueden resultar eclipsados por el efecto de los síntomas depresivos. Asimismo, otros autores han argumentado que este predominio de los síntomas depresivos sobre la CdV se debe a la similitud y solapamiento de síntomas entre los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos (Grant et al., 2005; Rubin et al., 2000), así como a un fenómeno relacionado con las escalas de medidas de depresión y CdV, ya que estas podrían ser lo que se conoce como “medidas tautológicas”, es decir, que la depresión sea el mejor predictor de la CdV porque las escalas de medida para ambos constructos tienen un grado considerable de solapamiento entre ellas (Angermeyer et al., 2002). Por otro lado, en cuanto al efecto diferencial de los síntomas emocionales sobre las dimensiones de CdV, estudios anteriores han encontrado también resultados similares. Por ejemplo, Hsu et al. (2014) encontraron que la CdV psicológica estaba más relacionada con los síntomas de ansiedad y que la CdV física estaba más

asociada con los síntomas depresivos. Con relación a las somatizaciones, González-Blanch et al. (2018) encontraron relaciones significativas con las dimensiones física y psicológica de CdV, lo que coincide parcialmente con nuestros hallazgos, ya que en nuestro caso la dimensión psicológica no resultó estar relacionada con los síntomas somáticos. En el trabajo de González-Blanch et al. (2018) la dimensión social de CdV también se relacionó únicamente con los síntomas depresivos, pero no con los síntomas de ansiedad o somáticos, tal y como sucede en nuestro estudio. En relación con la dimensión ambiental de CdV, los resultados son más contradictorios, ya que otros estudios han señalado que esta dimensión es la menos relacionada con diversas dimensiones latentes de salud mental, como la ansiedad o la depresión (Nouri et al., 2021), sin embargo, en nuestro estudio se observaron relaciones significativas con todos los síntomas emocionales. En definitiva, parece existir un cierto nivel de consenso en la literatura sobre el efecto de los síntomas emocionales de depresión y ansiedad sobre las dimensiones global, psicológica y física de la CdV, pero todavía se requiere una mayor investigación para ver cómo estos síntomas afectan diferencialmente a las dimensiones social y ambiental de este constructo.

Finalmente, los efectos de mediación moderada mostraron que únicamente existía un efecto significativo de interacción de los antidepresivos sobre la relación mediada por la depresión entre la asignación al tratamiento y las dimensiones global, psicológica y física de CdV. Los efectos de interacción de los antidepresivos no fueron significativos en ningún caso para la relación mediada por los síntomas de ansiedad o somatizaciones. El efecto de interacción de los antidepresivos sobre la relación mediada por los síntomas depresivos fue favorable, en todos los casos, para las personas que recibieron terapia psicológica y no tomaron antidepresivos. Es decir, aquellos pacientes que recibieron TCC-TD y no tomaron antidepresivos redujeron más sus puntuaciones de síntomas

depresivos que aquellos pacientes que recibieron TCC-TD y sí tomaron antidepresivos, lo que a su vez produjo un mayor incremento en sus puntuaciones de CdV global, psicológica y física. Estos hallazgos son consistentes con los resultados obtenidos por González-Blanch et al. (2021), donde se observó a través de un conjunto de modelos de moderación simple una interacción negativa entre el uso de antidepresivos y la eficacia de la TCC-TD para reducir los síntomas de ansiedad, depresión y somatizaciones. En el caso de este estudio, el efecto únicamente es significativo a través de los síntomas depresivos, probablemente porque se estudian un conjunto de modelos de mediación moderada, donde el objetivo final es el efecto indirecto sobre la CdV, que como ya se ha visto anteriormente, parecen tener un papel predominante sobre la CdV cuando se estudian junto a los síntomas de ansiedad y somatizaciones. Los resultados de este estudio también son congruentes con el mayor metaanálisis realizado hasta la fecha sobre esta temática (Cuijpers et al., 2023), donde se observa que la TCC por sí sola es igual o más eficaz para el tratamiento de la depresión que la terapia farmacológica o la terapia combinada (TCC+antidepresivos) a corto plazo. Además, cuando se realiza un seguimiento a largo plazo, los resultados indican que la TCC por sí sola es más eficaz que los antidepresivos o la TCC+antidepresivos (Cuijpers et al., 2023). Algunos autores han tratado de abordar los motivos por los cuales se producen estos efectos de interacción indeseables entre la TCC y los antidepresivos. Por ejemplo, se ha sugerido que el uso de antidepresivos puede generar efectos adversos como el embotamiento emocional (Read & Moncrieff, 2022) o un aumento de la discapacidad funcional (Vittengl, 2022), lo que puede llevar a dificultar el proceso terapéutico mediante la terapia psicológica. También se ha observado que el uso de antidepresivos puede estar asociado a la creencia de que la depresión está causada únicamente por desequilibrios bioquímicos en el cerebro, lo que puede llevar a las personas a no abordar las circunstancias personales, sociales o

económicas que provocaron los síntomas depresivos iniciales. En esencia, se trata de concebir la depresión como una enfermedad médica que debe solucionarse a través de los métodos tradicionales de la medicina (terapia farmacológica), situando a la persona como un sujeto pasivo ante el tratamiento y no como un agente activo. Esta concepción exclusivamente biomédica puede hacer que las personas atribuyan su mejoría al uso de antidepresivos, en lugar de comprender los mecanismos psicológicos que condujeron al problema inicial, haciendo que sean más vulnerables a futuros episodios y a que no adopten conductas de autoayuda y resiliencia (Read & Moncrieff, 2022). En definitiva, los resultados de este estudio sugieren que los antidepresivos pueden interactuar con la TCC-TD de forma indeseable, disminuyendo su eficacia para reducir los síntomas depresivos, y produciendo menos mejoras en la CdV de forma indirecta.

Los resultados de este estudio tienen algunas implicaciones clínicas importantes. En primer lugar, la existencia de una posible interferencia de los antidepresivos en la reducción de los síntomas depresivos cuando la persona está implicada en un proceso de terapia TCC-TD pone de manifiesto la importancia y la necesidad de incluir más estrategias no farmacológicas y transdiagnósticas basadas en la evidencia en AP (Cano-Vindel et al., 2022; Cuijpers, Miguel, Harrer, et al., 2023; González-Blanch et al., 2021; Newby et al., 2015; Otto et al., 2010; Whiston et al., 2019). En segundo lugar, la importancia de concebir un abordaje multifactorial de los trastornos emocionales en AP, es decir, no prescribir tratamientos únicamente con el objetivo de reducir los síntomas, sino también considerar las implicaciones en otras áreas de la persona, como la CdV o el funcionamiento (González-Blanch et al., 2018). Por último, tener en cuenta un diseño *Stepped-Care* podría ayudar a seleccionar el mejor tratamiento en función de la gravedad del trastorno (Price-Haywood et al., 2021). Es decir, en casos leves o moderados optar por un tratamiento de TCC-TD único, mientras que en casos más graves utilizar una

combinación de fármacos antidepresivos y terapia TCC-TD. Esto ayudaría a reducir la sobremedicación en AP y, al mismo tiempo, reduciría los costes del tratamiento de los TE para el sistema sanitario público (Arroll et al., 2023).

Asimismo, el último estudio de esta tesis tiene algunas limitaciones que es importante señalar. Las tres primeras limitaciones que se exponen a continuación son compartidas con el estudio 1 y 2 de esta misma tesis, por lo que no se ahondará en ellas de manera exhaustiva. En primer lugar, todos los instrumentos utilizados son de tipo autoinforme, lo que puede llevar a sesgos en los resultados. Sin embargo, todas las medidas utilizadas han sido validadas para su uso en AP y han mostrado ser un indicador fiable de un posible TE (Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, Medrano, et al., 2017; Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, Moriana, et al., 2017). En segundo lugar, las medidas de CdV, ansiedad, depresión y somatizaciones muestran un alto nivel de correlación y solapamiento de contenido (Angermeyer et al., 2002), por lo que al haber sido medidas en el mismo momento temporal la varianza común de estas escalas puede afectar a los resultados. Sin embargo, todas estas escalas han mostrado una buena sensibilidad y especificidad de constructo: PHQ-15 (van Ravesteijn et al., 2009), GAD-7 (Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, Moriana, et al., 2017), PHQ-9 (Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, Medrano, et al., 2017) y CdV (Lucas-Carrasco, 2012). En tercer lugar, los análisis presentados son por protocolo (PP), no por intención de tratar (ITT), por lo que los análisis no tienen en cuenta a los pacientes que abandonaron el tratamiento antes de finalizarlo. Sin embargo, como ya se ha señalado, los análisis suplementarios mostraron que no había diferencias significativas en las variables pre-tratamiento involucradas en el estudio. Asimismo, es importante señalar que las tasas de abandono en este ECA son similares a las reportadas en el meta-análisis de Bortolotti et al. (2008), donde se señala que la tasa media de abandono en este tipo de ECAs es de aproximadamente un 35%. En cuarto

lugar, se realizaron análisis de mediación moderada con los mediadores en paralelo, lo que puede suponer que algunas de las variables mediadoras con mayor peso resten importancia a las de menor impacto (Hayes, 2018), hecho que puede estar ocurriendo con los síntomas de ansiedad y los síntomas somáticos. Sin embargo, esto no necesariamente debe ser algo negativo, ya que puede ser indicativo del alto porcentaje de varianza compartida entre estas medidas, lo que a su vez sugiere la idea de un posible factor emocional transdiagnóstico entre la ansiedad, la depresión y las somatizaciones. Por último, también es importante señalar una limitación en relación con el método de recogida de datos sobre la ingesta de antidepresivos. En este estudio se recogió dicha información a través de la pregunta “¿Toma usted antidepresivos?”, con dos posibilidades de respuesta, “sí” o “no”. En este sentido, es posible que algunos pacientes que respondieron afirmativamente no estuvieran tomando antidepresivos en realidad y viceversa. Además, no se recogió información sobre la dosis ni el momento de la toma durante el día, que pueden ser fundamentales para comprender cómo interactúan estos fármacos con la terapia psicológica. Finalmente, en este ECA tampoco se tuvo en cuenta el uso de antidepresivos en el momento de la aleatorización, lo que podría afectar a las conclusiones extraídas.

A la luz de los hallazgos extraídos en este estudio, sería interesante que trabajos futuros ampliasen la información sobre cómo los antidepresivos interactúan indeseablemente con la terapia psicológica. Por ejemplo, sería conveniente conocer el efecto de interacción de los antidepresivos sobre otros aspectos que los pacientes (y terapeutas) identifican como relevantes para sus vidas y recuperación completa de un TE, como el funcionamiento diario, los síntomas secundarios no deseados o el bienestar percibido. Asimismo, dadas las limitaciones del estudio con respecto a la flexibilidad del tratamiento con fármacos antidepresivos, se requiere investigación adicional para

considerar la fiabilidad de los hallazgos cuando se utilizan diferentes dosis, fármacos y clases de fármacos para el tratamiento TE en AP. También puede ser importante dilucidar los mecanismos subyacentes a la menor eficacia de la TCC-TD junto con la medicación antidepresiva, por ejemplo, examinando los efectos neuropsicológicos sobre la memoria de trabajo, la atención y el funcionamiento ejecutivo.

5. Discusión general

Este trabajo tuvo como objetivo principal estudiar los efectos terapéuticos de un protocolo de TCC-TD para la mejora de la CdV, producida a través del cambio en los síntomas emocionales de ansiedad, depresión y somatizaciones, y las REDs. Además, se estudiaron los efectos de interacción de los antidepresivos con la TCC-TD para la reducción de estos síntomas y su repercusión final sobre la CdV. Para ello, se utilizó una muestra de pacientes con síntomas leves-moderados de TE proveniente del ensayo clínico PsicAP, realizado en el contexto de AP del sistema sanitario español. Para poner a prueba las hipótesis planteadas al inicio de este trabajo, se plantearon tres estudios, todos ellos basados en el paradigma estadístico de la mediación y la moderación.

El primer estudio se centró en los mecanismos de cambio que subyacen a la TCC-TD para producir una mejora de la CdV. Los resultados mostraron que la mejora de la CdV tras recibir TCC-TD estaba mediada por la reducción en serie del uso de REDs y de síntomas emocionales. Es decir, la TCC-TD ayuda a mejorar la CdV a través de un efecto indirecto en cascada, que comienza con la reducción de las REDs (como la preocupación, la rumiación, la atención a las amenazas o las metacogniciones negativas) y sigue con la reducción de los síntomas de ansiedad, depresión y somatizaciones. Los resultados obtenidos en este estudio ponen de manifiesto dos aspectos importantes. En primer lugar, la importancia de las estrategias de REDs como proceso que subyace a los síntomas emocionales de ansiedad, depresión y somatizaciones. Esto destaca el papel transdiagnóstico que poseen estas estrategias, ya que resultan significativas (a pesar de que con un mayor efecto en la depresión y la ansiedad) en los tres síntomas estudiados. Además, a pesar de que estudios previos han identificado que existe un cierto nivel de especificidad de contenido en las REDs en función de cada TE (lo que no es incompatible con nuestros resultados), el FCED utilizado en este trabajo muestra que también existe

un componente de varianza común transdiagnóstico entre las REDs de rumiación, preocupación atención a las amenazas y metacognición negativa, que presenta un impacto global significativo en los síntomas de los tres TE estudiados y la CdV. En segundo lugar, este trabajo también ha destacado que estas REDs son una diana terapéutica para tener en cuenta desde la TCC-TD, tanto para la reducción de los síntomas emocionales desagradables, como para la mejora indirecta de la CdV. Además, el efecto de mediación total encontrado en este estudio tiene una relevancia clínica fundamental, ya que muestra que la TCC-TD por sí sola no mejora la CdV de las personas, sino que esta mejora es producto de la reducción secuencial del uso de REDs y de los síntomas emocionales. Esto pone también de manifiesto que el TH basado en psicofármacos, y que tiene como único objetivo la reducción de síntomas, puede no ser la mejor opción, ya que existen otros factores o variables psicológicas, como las REDs, que requieren abordaje terapéutico y también tienen un impacto significativo sobre la CdV de las personas. En definitiva, los resultados de este primer estudio alientan a la adición de un protocolo de TCC-TD al TH para el tratamiento de los TE, ya que esto permite trabajar de manera indirecta la CdV, un aspecto fundamental para la recuperación funcional y el bienestar percibido de las personas, a través de la acción secuencial sobre las REDs y los síntomas emocionales.

El segundo estudio se centró en analizar la acción secuencial de la TCC-TD sobre los síntomas de ansiedad, depresión y somatizaciones, para mejorar en última instancia la CdV. Los resultados mostraron que, para pacientes con una gravedad leve-moderada de TE, la TCC-TD produce un efecto en cascada donde, la mejora de la CdV viene producida por un efecto secuencial entre síntomas, que comienza con la reducción de los síntomas de ansiedad y/o somatizaciones y finaliza con la reducción de los síntomas depresivos. Tal y como se muestra en la introducción de este trabajo, la mayoría de los pacientes que acuden a los servicios de AP en España lo hacen por motivos relacionados con síntomas

de malestar emocional. Sin embargo, en la mayoría de los casos, estos síntomas no constituyen necesariamente un TE, sino un conjunto de síntomas con una gravedad leve-moderada que interfiere con la CdV y el funcionamiento, dificultando el día a día y requiriendo de herramientas psicológicas para afrontarlos. Además, como ya se ha visto también, los síntomas depresivos parecen ser los síntomas emocionales con un mayor impacto en la CdV, resultando en un estado psicológico más complejo, especialmente cuando agravan y cronifican. En este contexto, es fundamental contar con herramientas de aplicación terapéutica que sean preventivas, eficaces y coste-efectivas. Así, los resultados de este trabajo han mostrado que el protocolo terapéutico del programa PsicAP, basado en TCC-TD grupal, puede ser una herramienta muy valiosa para el entorno de AP, ya que permite actuar de forma rápida y eficaz sobre aquellos pacientes con una gravedad leve-moderada, reduciendo sus síntomas de ansiedad/somatizaciones y depresión de forma secuencial e impidiendo especialmente que estos últimos se agraven y repercutan con mayor impacto sobre la CdV de las personas.

Finalmente, el tercer estudio de esta tesis tuvo como objetivo examinar la interacción de los antidepresivos con la TCC-TD para mejorar los síntomas emocionales y la CdV. Los resultados han mostrado que el uso concomitante de antidepresivos interfiere de manera indeseable con la TCC-TD, ya que reduce directamente las mejoras sobre los síntomas de depresión, ansiedad y somatizaciones, e indirectamente las mejoras sobre la CdV, a través de un efecto de mediación moderada sobre los síntomas depresivos (con respecto a aquellas personas que reciben terapia psicológica y no toman medicación antidepresiva). Nuevamente, estos resultados destacan el papel preminente de los síntomas depresivos sobre la CdV, especialmente cuando estos se estudian junto con los síntomas de ansiedad y somatizaciones. Asimismo, estos hallazgos tienen implicaciones clínicas muy importantes, ya que muestran que el TH proporcionado en AP para el manejo

de TE no solo podría ser insuficiente en términos de eficacia y efectividad, sino que podría ser contraproducente si se dispensa de forma concurrente con un protocolo de psicoterapia basado en la evidencia. Es importante recordar que estos efectos de interferencia se producen en pacientes de AP con una sintomatología leve-moderada de TE, los efectos en pacientes más graves no se han estudiado en este trabajo, por lo que es posible que cuando existe una mayor gravedad de síntomas este efecto de interferencia no se produzca, siendo más beneficioso para el paciente un tratamiento combinado. En este sentido, los resultados de este trabajo abren la puerta a la posibilidad de avanzar en el sistema sanitario español hacia un modelo de tratamiento escalonado de salud mental, similar al de otros países como Reino Unido con el programa IAPT. Según este modelo, los pacientes son evaluados y derivados a un nivel de tratamiento del modelo escalonado en función de la gravedad de sus síntomas, de tal forma que aquellos pacientes leves, leves-moderados y moderados pueden recibir un conjunto de terapias y herramientas psicológicas de baja y alta intensidad (basadas en la evidencia), en el entorno de AP, y aquellos pacientes con una sintomatología más grave o un trastorno mental grave recibir terapia de alta intensidad y tratamientos específicos en las unidades especializadas de salud mental.

6. Conclusión

En definitiva, los resultados de esta tesis ponen de manifiesto que la adición de un protocolo de TCC-TD al TH, para el manejo de los TE en el entorno de AP, son una alternativa de tratamiento muy eficaz para mejorar la CdV de las personas que presentan una gravedad leve-moderada, a través de la acción indirecta sobre las REDs y los síntomas emocionales de ansiedad, depresión y somatizaciones. Además, parece ser que estos efectos terapéuticos son mayores cuando la terapia psicológica no se combina con el uso de fármacos antidepresivos.

Referencias

- Abramovitch, A., Short, T., & Schweiger, A. (2021). The C Factor: Cognitive dysfunction as a transdiagnostic dimension in psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 86, 102007. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102007>
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358–372. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.358>
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49–74. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>
- 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>
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 974–983. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.002>
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012a). The influence of context on the implementation of adaptive emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 50(7–8), 493–501. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.04.004>

- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012b). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 276–281. <https://doi.org/10.1037/a0023598>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Alessandrini, M., Lançon, C., Fond, G., Faget-Agius, C., Richieri, R., Faugere, M., Metairie, E., Boucekine, M., Llorca, P.-M., Auquier, P., & Boyer, L. (2016). A structural equation modelling approach to explore the determinants of quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 171(1–3), 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.01.012>
- Alloy, L., Nelly, K., Mineka, S., & Cleents, C. (1990). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A helplessness-hopelessness perspective. *Washington, D.C: American Psychiatric Press*, 499–543.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*.
- American Psychiatric Association (APA). (2022). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5-TR*. Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Andersen, P., Toner, P., Bland, M., & McMillan, D. (2016). Effectiveness of Transdiagnostic Cognitive Behaviour Therapy for Anxiety and Depression in

- Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(6), 673–690. <https://doi.org/10.1017/S1352465816000229>
- Andrews, G., Hobbs, M. J., Borkovec, T. D., Beesdo, K., Craske, M. G., Heimberg, R. G., Rapee, R. M., Ruscio, A. M., & Stanley, M. A. (2010). Generalized worry disorder: a review of DSM-IV generalized anxiety disorder and options for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 134–147. <https://doi.org/10.1002/da.20658>
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Matschinger, H., & Stengler-Wenzke, K. (2002). Depression and Quality of Life: Results of a Follow-Up Study. *International Journal of Social Psychiatry*, 48(3), 189–199. <https://doi.org/10.1177/002076402128783235>
- Ansseau, M., Dierick, M., Buntinx, F., Cnockaert, P., De Smedt, J., Van Den Haute, M., & Vander Mijnsbrugge, D. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 78(1), 49–55. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00219-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00219-7)
- Aragones, E. (2006). The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Family Practice*, 23(3), 363–368. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi120>
- Arias, D., Saxena, S., & Verguet, S. (2022). Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value. *EClinicalMedicine*, 54, 101675. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101675>
- Arroll, B., Roskvist, R., Moir, F., Harwood, M., Eggleton, K., Dowrick, C., & Cuijpers, P. (2023). Antidepressants in primary care: limited value at the first visit. *World Psychiatry*, 22(2), 340–340. <https://doi.org/10.1002/wps.21057>

- Bala, A., Nguyen, H. M. T., & Hellstrom, W. J. G. (2018). Post-SSRI Sexual Dysfunction: A Literature Review. *Sexual Medicine Reviews*, 6(1), 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.07.002>
- Bar-Haim, Y. (2010). Research Review: attention bias modification (ABM): a novel treatment for anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(8), 859–870. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02251.x>
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133(1), 1–24. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.1>
- Barlow, D. (2011). *Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnostico de los trastornos emocionales*. Alianza Editorial.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247–1263. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1247>
- Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S., & Ametaj, A. A. (2013). Evidence-Based Psychological Treatments: An Update and a Way Forward. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 1–27. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185629>
- Baron, R., & Kenny, D. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1184.
- Barrio-Martínez, S., Rodríguez-Pérez, N., Priede, A., Medrano, L. A., Muñoz-Navarro, R., Moriana, J. A., Carpallo-González, M., Prieto-Vila, M., Ruiz-Rodríguez, P.,

- Cano-Vindel, A., & González-Blanch, C. (2024). Patterns of cognitive-emotional change after cognitive-behavioural treatment in emotional disorders: A 12-month longitudinal cluster analysis. *PLOS ONE*, 19(5), e0301746. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301746>
- Barsky, A. J., Orav, E. J., & Bates, D. W. (2005). Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 903. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.8.903>
- Bauer-Staeb, C., Griffith, E., Faraway, J. J., & Button, K. S. (2023). Trajectories of depression and generalised anxiety symptoms over the course of cognitive behaviour therapy in primary care: an observational, retrospective cohort. *Psychological Medicine*, 53(10), 4648–4656. <https://doi.org/10.1017/S0033291722001556>
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, 43(5), 897–910. <https://doi.org/10.1017/S003329171200147X>
- Beard, C., Sawyer, A. T., & Hofmann, S. G. (2012). Efficacy of Attention Bias Modification Using Threat and Appetitive Stimuli: A Meta-Analytic Review. *Behavior Therapy*, 43(4), 724–740. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.002>
- Beard, C., Weisberg, R. B., & Keller, M. B. (2010). Health-related Quality of Life across the anxiety disorders: Findings from a sample of primary care patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 559–564. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.03.015>
- Beck, A., & Greenberg, M. (1989). Depression versus anxiety: A test of the content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(1), 9–13. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.98.1.9>

- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I., & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(3), 179–183.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.96.3.179>
- Bellón, J. A., Conejo-Cerón, S., Rodríguez-Bayón, A., Ballesta-Rodríguez, M. I., Mendive, J. M., & Moreno-Peral, P. (2020). Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 20–26.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.013>
- Belvederi Murri, M., Ekkekakis, P., Magagnoli, M., Zampogna, D., Cattedra, S., Capobianco, L., Serafini, G., Calcagno, P., Zanetidou, S., & Amore, M. (2019). Physical Exercise in Major Depression: Reducing the Mortality Gap While Improving Clinical Outcomes. *Frontiers in Psychiatry*, 9.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00762>
- Bennett-Levy, J., Richards, D., & Farrand, P. (2010). *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*. Oxford University Press.
- Bockting, C. L. H., Klein, N. S., Elgersma, H. J., van Rijsbergen, G. D., Slofstra, C., Ormel, J., Buskens, E., Dekker, J., de Jong, P. J., Nolen, W. A., Schene, A. H., Hollon, S. D., & Burger, H. (2018). Effectiveness of preventive cognitive therapy while tapering antidepressants versus maintenance antidepressant treatment versus their combination in prevention of depressive relapse or recurrence (DRD study): a

- three-group, multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(5), 401–410. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30100-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30100-7)
- Borkovec, D., Alcaine, M., & Behar, E. (2004). Avoidance Theory of Worry and Generalized Anxiety Disorder. In *Avoidance Theory of Worry and Generalized Anxiety Disorder* (pp. 77–108). The Guilford Press.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), 9–16. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(83\)90121-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90121-3)
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16(1), 5–13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>
- Bortolotti, B., Menchetti, M., Bellini, F., Montaguti, M. B., & Berardi, D. (2008). Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *General Hospital Psychiatry*, 30(4), 293–302. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.04.001>
- Brady, E. U., & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111(2), 244–255. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.2.244>
- Brauer, R., Alfageh, B., Blais, J. E., Chan, E. W., Chui, C. S. L., Hayes, J. F., Man, K. K. C., Lau, W. C. Y., Yan, V. K. C., Beykloo, M. Y., Wang, Z., Wei, L., & Wong, I. C. K. (2021). Psychotropic medicine consumption in 65 countries and regions, 2008–19: a longitudinal study. *The Lancet Psychiatry*, 8(12), 1071–1082. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00292-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00292-3)
- Breedvelt, J. J. F., Brouwer, M. E., Harrer, M., Semkovska, M., Ebert, D. D., Cuijpers, P., & Bockting, C. L. H. (2021). Psychological interventions as an alternative and add-

- on to antidepressant medication to prevent depressive relapse: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 219(4), 538–545. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.198>
- Breslau, N., Schultz, L., & Peterson, E. (1995). Sex differences in depression: a role for preexisting anxiety. *Psychiatry Research*, 58(1), 1–12. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02765-O](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02765-O)
- Broderick, P. C., & Korteland, C. (2004). A Prospective Study of Rumination and Depression in Early Adolescence. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(3), 383–394. <https://doi.org/10.1177/1359104504043920>
- Brown, T., & Barlow, D. (1998). *Anxiety and related disorders interviews schedule for DSM-5 (ADIS-5): Adult version*. Oxford University Press.
- Burton, C., McGorm, K., Weller, D., & Sharpe, M. (2011). Depression and anxiety in patients repeatedly referred to secondary care with medically unexplained symptoms: a case-control study. *Psychological Medicine*, 41(3), 555–563. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001017>
- Cabrera Mateos, J. L., Touriño González, R., & Núñez González, E. (2018). Los trastornos mentales y su infradiagnóstico en atención primaria. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 44(4), 234–242. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2016.11.007>
- Cano-Vindel, A. (2001). *Inventory of cognitive activity in anxiety disorders*. (Manuscript under review).
- Cano-Vindel, A. (2011). Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en atención primaria, una actualización. *Ansiedad y Estrés*, 17(3), 157–184.

- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Moriana, J. A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., & González-Blanch, C. (2022). 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., Muñoz-Navarro, R., Wood, C. M., Limonero, J. T., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., Gracia-Gracia, I., Dongil-Collado, E., Iruarrizaga, 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>
- Cano-Vindel, A., Ruiz-Rodríguez, P., Muñoz-Navarro, R., Medrano, L. A., Moriana, J. A., Moreno, E. M., Gálvez-Lara, M., Jurado-González, F. J., Aguilera-Martín, Á., Barrio-Martínez, S., Prieto-Vila, M., Carpallo-González, M., Moretti, L. S., García-Batista, Z. E., Priede, A., & González-Blanch, C. (2023). Protocolo transdiagnóstico PsicAP de entrenamiento cognitivo-conductual en grupo para trastornos emocionales. *Acción Psicológica*, 19(2). <https://doi.org/10.5944/ap.19.2.37005>
- Carl, E., Witcraft, S. M., Kauffman, B. Y., Gillespie, E. M., Becker, E. S., Cuijpers, P., Van Ameringen, M., Smits, J. A. J., & Powers, M. B. (2020). Psychological and pharmacological treatments for generalized anxiety disorder (GAD): a meta-analysis of randomized controlled trials. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1560358>
- Cassello-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>
- Centro de investigaciones sociológicas. (2021). *Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la Pandemia de la covid-19. Avance de resultados*.
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415–424. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)
- Ciharova, M., Furukawa, T. A., Efthimiou, O., Karyotaki, E., Miguel, C., Noma, H., Cipriani, A., Riper, H., & Cuijpers, P. (2021). Cognitive restructuring, behavioral activation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of adult depression: A network meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(6), 563–574. <https://doi.org/10.1037/ccp0000654>
- Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., Leucht, S., Ruhe, H. G., Turner, E. H., Higgins, J. P. T., Egger, M., Takeshima, N., Hayasaka, Y., Imai, H., Shinohara, K., Tajika, A., Ioannidis, J. P. A., & Geddes, J. R. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*, 391(10128), 1357–1366. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7)
- Clark, D. M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, 23(4), 318–327. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.606803>

- Clark, D. M. (2018). Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14(1), 159–183. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833>
- Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R., & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 910–920. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.010>
- 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>
- Comer, J. S., Blanco, C., Hasin, D. S., Liu, S.-M., Grant, B. F., Turner, J. B., & Olfson, M. (2011). Health-Related Quality of Life Across the Anxiety Disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(01), 43–50. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05094blu>
- Cordero-Andrés, P., González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Muñoz-Navarro, R., Ruíz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., Hernández-de Hita, F., Pérez-Poo, T., & Cano-Vindel, A. (2017). Psychological treatment of emotional disorders in primary care: Theoretical and empirical basis of the PsicAP study. *Ansiedad y Estrés*, 23(2–3), 91–98. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.004>
- Cosci, F., & Fava, G. A. (2016). The clinical inadequacy of the DSM-5 classification of somatic symptom and related disorders: an alternative trans-diagnostic model. *CNS Spectrums*, 21(4), 310–317. <https://doi.org/10.1017/S1092852915000760>
- Cromarty, P., Drummond, A., Francis, T., Watson, J., & Battersby, M. (2016). NewAccess for depression and anxiety: adapting the UK Improving Access to Psychological

- Therapies Program across Australia. *Australasian Psychiatry*, 24(5), 489–492.
<https://doi.org/10.1177/1039856216641310>
- Cross, S., & Hickie, I. (2017). Transdiagnostic stepped care in mental health. *Public Health Research & Practice*, 27(2). <https://doi.org/10.17061/phrp2721712>
- Cucchi, M., Bottelli, V., Cavadini, D., Ricci, L., Conca, V., Ronchi, P., & Smeraldi, E. (2012). An explorative study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 546–553.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.09.008>
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15(3), 245–258. <https://doi.org/10.1002/wps.20346>
- Cuijpers, P., Miguel, C., Ciharova, M., Ebert, D., Harrer, M., & Karyotaki, E. (2023). Transdiagnostic treatment of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 1–12. <https://doi.org/10.1017/S0033291722003841>
- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*, 22(1), 105–115.
<https://doi.org/10.1002/wps.21069>
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2019). Effectiveness and Acceptability of Cognitive Behavior Therapy Delivery Formats in Adults With Depression. *JAMA Psychiatry*, 76(7), 700.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0268>

- Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C., & Arroll, B. (2019). Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current Psychiatry Reports*, 21(12), 129. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1117-x>
- Cuijpers, P., Quero, S., Noma, H., Ciharova, M., Miguel, C., Karyotaki, E., Cipriani, A., Cristea, I. A., & Furukawa, T. A. (2021). Psychotherapies for depression: a network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. *World Psychiatry*, 20(2), 283–293. <https://doi.org/10.1002/wps.20860>
- Czachowski, S. (2023). Functional disorders – new proposals for definition, psychosomatics, somatization. *Psychiatria Polska*, 57(2), 421–430. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/141960>
- D’Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. H. (2013). Emotion Regulation in Depression and Anxiety: Examining Diagnostic Specificity and Stability of Strategy Use. *Cognitive Therapy and Research*, 37(5), 968–980. <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9537-0>
- Davies, J., & Read, J. (2019). A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? *Addictive Behaviors*, 97, 111–121. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.08.027>
- Deleurme, K. A., Parkinson, S. A., & Penney, A. M. (2023). Generalized Anxiety Disorder: Does the Emotion Dysregulation Model Predict Symptoms Beyond the Metacognitive Model? *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 41(3), 710–726. <https://doi.org/10.1007/s10942-022-00479-7>

- Demichelis, O. P., Grainger, S. A., Burr, L., & Henry, J. D. (2023). Emotion regulation mediates the effects of sleep on stress and aggression. *Journal of Sleep Research*, 32(3). <https://doi.org/10.1111/jsr.13787>
- Domínguez Rodríguez, I., Prieto Cabras, V., & Barraca Mairal, J. (2017). Un estudio de caso de trastorno adaptativo con ansiedad por situación de sobrecarga laboral. *Clínica y Salud*, 28(3), 139–146. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.003>
- Donaldson, C., & Lam, D. (2004). Rumination, mood and social problem-solving in major depression. *Psychological Medicine*, 34(7), 1309–1318. <https://doi.org/10.1017/S0033291704001904>
- Dorow, M., Löbner, M., Pabst, A., Stein, J., & Riedel-Heller, S. G. (2018). Preferences for Depression Treatment Including Internet-Based Interventions: Results From a Large Sample of Primary Care Patients. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00181>
- Dupuy, J.-B., & Ladouceur, R. (2008). Cognitive processes of generalized anxiety disorder in comorbid generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 505–514. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.05.010>
- Ehring, T., & Watkins, E. R. (2008). Repetitive Negative Thinking as a Transdiagnostic Process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 192–205. <https://doi.org/10.1521/ijct.2008.1.3.192>
- El Baou, C., Desai, R., Cooper, C., Marchant, N. L., Pilling, S., Richards, M., Saunders, R., Buckman, J. E. J., Aguirre, E., John, A., & Stott, J. (2023). Psychological therapies for depression and cardiovascular risk: evidence from national healthcare

- records in England. *European Heart Journal*, 44(18), 1650–1662.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad188>
- Enrique, A., Eilert, N., Wogan, R., Earley, C., Duffy, D., Palacios, J., Timulak, L., & Richards, D. (2021). Are Changes in Beliefs About Rumination and in Emotion Regulation Skills Mediators of the Effects of Internet-Delivered Cognitive-Behavioral Therapy for Depression and Anxiety? Results from a Randomized Controlled Trial. *Cognitive Therapy and Research*, 45(4), 805–816.
<https://doi.org/10.1007/s10608-020-10200-6>
- Esteller Collado, G., Carpallo González, M., & Muñoz Navarro, R. (2023). Explorando la relación entre las somatizaciones, la ansiedad y la regulación emocional. El efecto mediador de las estrategias desadaptativas. *Ansiedad y Estrés*, 29(3), 145–152.
- Eveleigh, R., Speckens, A., van Weel, C., Oude Voshaar, R., & Lucassen, P. (2019). Patients' attitudes to discontinuing not-indicated long-term antidepressant use: barriers and facilitators. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 9, 204512531987234. <https://doi.org/10.1177/2045125319872344>
- Fava, G. A., Benasi, G., Lucente, M., Offidani, E., Cosci, F., & Guidi, J. (2018). Withdrawal Symptoms after Serotonin-Noradrenaline Reuptake Inhibitor Discontinuation: Systematic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(4), 195–203. <https://doi.org/10.1159/000491524>
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51–74. [https://doi.org/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](https://doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8)
- Feng, C., Chu, H., Chen, C., Chang, Y., Chen, T., Chou, Y., Chang, Y., & Chou, K. (2012). The Effect of Cognitive Behavioral Group Therapy for Depression: A Meta-Analysis

- 2000–2010. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 9(1), 2–17.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2011.00229.x>
- Fernández, A., Haro, J. M., Codony, M., Vilagut, G., Martínez-Alonso, M., Autonell, J., Salvador-Carulla, L., Ayuso-Mateos, J. L., Fullana, M. A., & Alonso, J. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 96(1–2), 9–20.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.05.005>
- Fernández, A., Mendive, J. M., Salvador-Carulla, L., Rubio-Valera, M., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Haro, J. M., Palao, D. J., Bellón, J. A., & Serrano-Blanco, A. (2012). Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. *British Journal of Psychiatry*, 201(2), 137–142.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096305>
- Ferrari, A. J., Somerville, A. J., Baxter, A. J., Norman, R., Patten, S. B., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine*, 43(3), 471–481.
<https://doi.org/10.1017/S0033291712001511>
- First, M. B. (2015). Structured Clinical Interview for the DSM. In *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (pp. 1–6). Wiley.
<https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp351>
- Framer, A. (2021). What I have learnt from helping thousands of people taper off antidepressants and other psychotropic medications. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 11, 204512532199127.
<https://doi.org/10.1177/2045125321991274>

- Freitas, P. H. B. de, Meireles, A. L., Ribeiro, I. K. da S., Abreu, M. N. S., Paula, W. de, & Cardoso, C. S. (2023). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes del área de la salud e impacto en la calidad de vida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6315.3884>
- Freitas, J., Velosa, V., Abreu, L., Jardim, R., Santos, J., Peres, B., & Campos, P. (2021). Virtual Reality Exposure Treatment in Phobias: a Systematic Review. *Psychiatric Quarterly*, 92(4), 1685–1710. <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09935-6>
- Fresco, D. M., Frankel, A. N., Mennin, D. S., Turk, C. L., & Heimberg, R. G. (2002). Distinct and Overlapping Features of Rumination and Worry: The Relationship of Cognitive Production to Negative Affective States. *Cognitive Therapy and Research*, 26(2), 179–188. <https://doi.org/10.1023/A:1014517718949>
- Fried, E. I., & Nesse, R. M. (2014). The Impact of Individual Depressive Symptoms on Impairment of Psychosocial Functioning. *PLoS ONE*, 9(2), e90311. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090311>
- Fried, E. I., & Nesse, R. M. (2015). Depression is not a consistent syndrome: An investigation of unique symptom patterns in the STAR*D study. *Journal of Affective Disorders*, 172, 96–102. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.010>
- Garcia-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Perez-Paramo, M., Lopez-Gomez, V., Freire, O., & Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>
- GBD. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of

- Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137–150.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- Gelhorn, H. L., Sexton, C. C., & Classi, P. M. (2011). Patient Preferences for Treatment of Major Depressive Disorder and the Impact on Health Outcomes. *The Primary Care Companion For CNS Disorders*. <https://doi.org/10.4088/PCC.11r01161>
- Gili, M., Magallón, R., López-Navarro, E., Roca, M., Moreno, S., Bauzá, N., & García-Cammpayo, J. (2014). Health related quality of life changes in somatising patients after individual versus group cognitive behavioural therapy: A randomized clinical trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(2), 89–93.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.10.018>
- Gladis, M. M., Gosch, E. A., Dishuk, N. M., & Crits-Christoph, P. (1999). Quality of life: Expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 320–331. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.3.320>
- Goldsmith, L., & Moncrieff, J. (2011). The Psychoactive Effects of Antidepressants and their Association with Suicidality. *Current Drug Safety*, 6(2), 115–121.
<https://doi.org/10.2174/157488611795684622>
- Gonçalves, D. C., & Byrne, G. J. (2012). Interventions for generalized anxiety disorder in older adults: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.08.010>
- González-Blanch, C., Hernández-de-Hita, F., Muñoz-Navarro, R., Ruíz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., & Cano-Vindel, A. (2018). The association between different domains of quality of life and symptoms in primary care patients with emotional disorders. *Scientific Reports*, 8(1), 11180. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-28995-6>

- 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., 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. (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>
- Gorosabel, J. (2013). *Estudio de los síntomas somáticos asociados a los trastornos depresivos y de ansiedad en un población de atención primaria*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Gould, R. L., Coulson, M. C., & Howard, R. J. (2012). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders in Older People: A Meta-Analysis and Meta-Regression of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(2), 218–229. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03824.x>
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., June Ruan, W., Goldstein, R. B., Smith, S. M., Saha, T. D., & Huang, B. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity,

and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.

Psychological Medicine, 35(12), 1747–1759.

<https://doi.org/10.1017/S0033291705006069>

Grassi, L., Caruso, R., Da Ronch, C., Härter, M., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., Wegscheider, K., Ausín, B., Canuto, A., Muñoz, M., Crawford, M. J., HersHKovitz, Y., Quirk, A., Rotenstein, O., Santos-Olmo, A. B., Shalev, A., ... Nanni, M. G. (2020). Quality of life, level of functioning, and its relationship with mental and physical disorders in the elderly: results from the MentDis_ICF65+ study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01310-6>

Green, H., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2014). Therapist effects and IAPT Psychological Wellbeing Practitioners (PWP)s: A multilevel modelling and mixed methods analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 43–54. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.08.009>

Grochtdreis, T., König, H.-H., Gallinat, J., Konnopka, A., Schulz, H., Lambert, M., Karow, A., & Dams, J. (2023). Validation of the Recovering Quality of Life (ReQoL) questionnaires for patients with anxiety, obsessive-compulsive, stress-related, somatoform and personality disorders in Germany. *Journal of Psychiatric Research*, 157, 202–211. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.11.032>

Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>

- Gualano, M. R., Bert, F., Mannocci, A., La Torre, G., Zeppegno, P., & Siliquini, R. (2014). Consumption of Antidepressants in Italy: Recent Trends and Their Significance for Public Health. *Psychiatric Services*, 65(10), 1226–1231. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300510>
- Hakamata, Y., Lissek, S., Bar-Haim, Y., Britton, J. C., Fox, N. A., Leibenluft, E., Ernst, M., & Pine, D. S. (2010). Attention Bias Modification Treatment: A Meta-Analysis Toward the Establishment of Novel Treatment for Anxiety. *Biological Psychiatry*, 68(11), 982–990. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.07.021>
- Hallion, L. S., & Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the effect of cognitive bias modification on anxiety and depression. *Psychological Bulletin*, 137(6), 940–958. <https://doi.org/10.1037/a0024355>
- Harrington, J. A., & Blankenship, V. (2002). Ruminative Thoughts and Their Relation to Depression and Anxiety¹. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(3), 465–485. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb00225.x>
- Harvey, A., Watkins, E., & Mansell, W. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press.
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to Mediation, Moderation and Conditional Process Analysis: A Regression Approach*. Guildford Press.
- Hayes, S., & Hofmann, S. (2018). Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (Eds.). (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications.
- Hengartner, M. P., Schulthess, L., Sorensen, A., & Framer, A. (2020). Protracted withdrawal syndrome after stopping antidepressants: a descriptive quantitative

- analysis of consumer narratives from a large internet forum. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 10, 204512532098057. <https://doi.org/10.1177/2045125320980573>
- Herrero Gómez, V., & Cano-Vindel, A. (2010). Un caso de trastorno adaptativo con ansiedad: evaluación, tratamiento y seguimiento. *Anuario de Psicología Clínica y de La Salud/Annuary of Clinical and Health Psychology*, 6, 53-59.
- Hervás Torres, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(2). <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.2.2008.4054>
- Higgins, J., & Green, S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*.
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37–50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Hofmann, S. G., Wu, J. Q., & Boettcher, H. (2014). Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3), 375–391. <https://doi.org/10.1037/a0035491>
- Høglend, P., & Hagtvet, K. (2019). Change mechanisms in psychotherapy: Both improved insight and improved affective awareness are necessary. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(4), 332–344. <https://doi.org/10.1037/ccp0000381>
- Hohls, J. K., König, H.-H., Quirke, E., & Hajek, A. (2021). Anxiety, Depression and Quality of Life—A Systematic Review of Evidence from Longitudinal

- Observational Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 12022. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212022>
- Hollinghurst, S., Kessler, D., Peters, T. J., & Gunnell, D. (2005). Opportunity cost of antidepressant prescribing in England: analysis of routine data. *BMJ*, 330(7498), 999–1000. <https://doi.org/10.1136/bmj.38377.715799.F7>
- Hopko, D. R., Reas, D. L., Beck, J. G., Stanley, M. A., Wetherell, J. L., Novy, D. M., & Averill, P. M. (2003). Assessing worry in older adults: Confirmatory factor analysis of the Penn State Worry Questionnaire and psychometric properties of an abbreviated model. *Psychological Assessment*, 15(2), 173–183. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.15.2.173>
- Horowitz, M. A., & Taylor, D. (2019). Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *The Lancet Psychiatry*, 6(6), 538–546. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30032-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30032-X)
- Hsu, K. J., Beard, C., Rifkin, L., Dillon, D. G., Pizzagalli, D. A., & Björgvinsson, T. (2015). Transdiagnostic mechanisms in depression and anxiety: The role of rumination and attentional control. *Journal of Affective Disorders*, 188, 22–27. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.008>
- Hsu, N.-W., Tsao, H.-M., Chen, H.-C., & Chou, P. (2014). Anxiety and Depression Mediate the Health-Related Quality of Life Differently in Patients with Cardiovascular Disease and Stroke—Preliminary Report of the Yilan Study: A Population-Based Community Health Survey. *PLoS ONE*, 9(9), e107609. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107609>

- Hur, J., Heller, W., Kern, J. L., & Berenbaum, H. (2017). A Bi-Factor Approach to Modeling the Structure of Worry and Rumination. *Journal of Experimental Psychopathology*, 8(3), 252–264. <https://doi.org/10.5127/jep.057116>
- Ionescu, C. G., Talasman, A. A., & Badarau, I. A. (2021). Somatization and Sleep Quality on Patients with Comorbid Anxiety/Depression. *Maedica*, 16(2), 246–254. <https://doi.org/10.26574/maedica.2021.16.2.246>
- Joaquim, S. B., Simões de Almeida, R., & Marques, A. J. (2023). Transdiagnostic Cognitive Behavioral Group Interventions: A Systematic Review. *Cognitive Therapy and Research*, 47(3), 303–326. <https://doi.org/10.1007/s10608-023-10372-x>
- Jurado-González, F., García-Torres, F., Contreras, A., Muñoz-Navarro, R., González-Blanch, C., Adrián Medrano, L., Ruiz-Rodríguez, P., Moreno, E. M., Pérez-Dueñas, C., Cano-Vindel, A., & Moriana, J. A. (2024). Comparing psychological versus pharmacological treatment in emotional disorders: A network analysis. *PLOS ONE*, 19(4), e0301675. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301675>
- Jurado-González, F., García-Torres, F., Contreras, A., Muñoz-Navarro, R., González-Blanch, C., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., Cano-Vindel, A., & Moriana, J. A. (2023). Mapping bridges between anxiety, depression, and somatic symptoms in primary care patients: a network perspective. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04657-3>
- Kamenov, K., Twomey, C., Cabello, M., Prina, A. M., & Ayuso-Mateos, J. L. (2017). The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(3), 414–425. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002774>

- Kamimura, A., Christensen, N., Prevedel, J. A., Tabler, J., Hamilton, B. J., Ashby, J., & Reel, J. J. (2014). Quality of Life Among Free Clinic Patients Associated with Somatic Symptoms, Depression, and Perceived Neighborhood Environment. *Journal of Community Health, 39*(3), 524–530. <https://doi.org/10.1007/s10900-013-9790-x>
- Karyotaki, E., Smit, Y., Holdt Henningsen, K., Huibers, M. J. H., Robays, J., de Beurs, D., & Cuijpers, P. (2016). Combining pharmacotherapy and psychotherapy or monotherapy for major depression? A meta-analysis on the long-term effects. *Journal of Affective Disorders, 194*, 144–152. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.036>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E., & Wang, P. S. (2003). The Epidemiology of Major Depressive Disorder. *JAMA, 289*(23), 3095. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kessler, R. C., Gruber, M., Hettema, J. M., Hwang, I., Sampson, N., & Yonkers, K. A. (2008). Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychological Medicine, 38*(3), 365–374. <https://doi.org/10.1017/S0033291707002012>
- Kessler, R. C., Ormel, J., Petukhova, M., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Russo, L. J., Stein, D. J., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L., Benjet, C., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Haro, J. M., Hu, C.

- yi, Karam, A., ... Üstün, T. B. (2011). Development of Lifetime Comorbidity in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, 68(1), 90. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.180>
- Kessler, R. C., Sampson, N. A., Berglund, P., Gruber, M. J., Al-Hamzawi, A., Andrade, L., Bunting, B., Demyttenaere, K., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., He, Y., Hu, C., Huang, Y., Karam, E., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Levinson, D., Medina Mora, M. E., ... Wilcox, M. A. (2015). Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(3), 210–226. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000189>
- Kim, Y. (2018). Transdiagnostic mechanism of social phobia and depression: The role of anger dysregulation. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 28(8), 1048–1059. <https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1496050>
- Kircanski, K., Thompson, R. J., Sorenson, J. E., Sherdell, L., & Gotlib, I. H. (2015). Rumination and Worry in Daily Life. *Clinical Psychological Science*, 3(6), 926–939. <https://doi.org/10.1177/2167702614566603>
- Kirmayer, L. J., Groleau, D., Looper, K. J., & Dao, M. D. (2004). Explaining Medically Unexplained Symptoms. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(10), 663–672. <https://doi.org/10.1177/070674370404901003>
- Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J., & Johnson, B. T. (2008). Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine*, 5(2), e45. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050045>

- Klepac, R. K., Ronan, G. F., Andrasik, F., Arnold, K. D., Belar, C. D., Berry, S. L., Christoff, K. A., Craighead, L. W., Dougher, M. J., Dowd, E. T., Herbert, J. D., McFarr, L. M., Rizvi, S. L., Sauer, E. M., Strauman, T. J., & Inter-organizational Task Force on Cognitive and Behavioral Psychology Doctoral Education. (2012). Guidelines for cognitive behavioral training within doctoral psychology programs in the United States: report of the Inter-organizational Task Force on Cognitive and Behavioral Psychology Doctoral Education. *Behavior Therapy*, 43(4), 687–697. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.05.002>
- Knapstad, M., Lervik, L. V., Sæther, S. M. M., Aarø, L. E., & Smith, O. R. F. (2020). Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological Therapies: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(2), 90–105. <https://doi.org/10.1159/000504453>
- Knapstad, M., Nordgreen, T., & Smith, O. R. F. (2018). Prompt mental health care, the Norwegian version of IAPT: clinical outcomes and predictors of change in a multicenter cohort study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 260. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1838-0>
- Kobori, O., Nakazato, M., Yoshinaga, N., Shiraishi, T., Takaoka, K., Nakagawa, A., Iyo, M., & Shimizu, E. (2014). Transporting Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and the Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) project to Japan: preliminary observations and service evaluation in Chiba. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 9(3), 155–166. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-10-2013-0033>
- Koch, J., & Exner, C. (2015). Selective attention deficits in obsessive-compulsive disorder: the role of metacognitive processes. *Psychiatry Research*, 225(3), 550–555. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.049>

- Kököneyi, G., Kovács, L. N., Szabó, J., & Urbán, R. (2024). Emotion Regulation Predicts Depressive Symptoms in Adolescents: A Prospective Study. *Journal of Youth and Adolescence*, 53(1), 142–158. <https://doi.org/10.1007/s10964-023-01894-4>
- Koster, E. H. W., De Lissnyder, E., Derakshan, N., & De Raedt, R. (2011). Understanding depressive rumination from a cognitive science perspective: the impaired disengagement hypothesis. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 138–145. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.08.005>
- Kovacs, M., Gatsonis, C., Paulauskas, S., & Richards, C. (1989). Depressive Disorders in Childhood. A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 46(9), 776. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810090018003>
- Kring, A., & Sloan, D. (2009). *Emotion Regulation and Psychopathology. A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment*. Guilford.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *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. W. (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>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection. *Annals of Internal Medicine*, 146(5), 317. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>

- Larson, S. L., Clark, M. R., & Eaton, W. W. (2004). Depressive disorder as a long-term antecedent risk factor for incident back pain: a 13-year follow-up study from the Baltimore Epidemiological Catchment Area Sample. *Psychological Medicine*, 34(2), 211–219. <https://doi.org/10.1017/S0033291703001041>
- Lee, Y. Y., Stockings, E. A., Harris, M. G., Doi, S. A. R., Page, I. S., Davidson, S. K., & Barendregt, J. J. (2019). The risk of developing major depression among individuals with subthreshold depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Psychological Medicine*, 49(1), 92–102. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000557>
- Lewis, E. J., Blanco, I., Raila, H., & Joormann, J. (2019). Does repetitive negative thinking affect attention? Differential effects of worry and rumination on attention to emotional stimuli. *Emotion*, 19(8), 1450–1462. <https://doi.org/10.1037/emo0000535>
- Liao, S.-C., Ma, H.-M., Lin, Y.-L., & Huang, W.-L. (2019). Functioning and quality of life in patients with somatic symptom disorder: The association with comorbid depression. *Comprehensive Psychiatry*, 90, 88–94. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.02.004>
- Lipsanen, T., Saarijärvi, S., & Lauerma, H. (2004). Exploring the Relations between Depression, Somatization, Dissociation and Alexithymia – Overlapping or Independent Constructs? *Psychopathology*, 37(4), 200–206. <https://doi.org/10.1159/000080132>
- Löwe, B., Levenson, J., Depping, M., Hüsing, P., Kohlmann, S., Lehmann, M., Shedden-Mora, M., Toussaint, A., Uhlenbusch, N., & Weigel, A. (2022). Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis.

<https://doi.org/10.1017/S0033291721004177>

Lucas-Carrasco, R. (2012). The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Quality of Life Research*, 21(1), 161–165. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9926-3>

Luo, Y.-L., Heeramun-Aubeeluck, A., Huang, X., Ye, G., Wu, H., Sun, L., Liu, L., Wu, W.-Y., Lu, Z., Li, C.-B., & Zhang, M.-Y. (2014). Factors influencing quality of life in Chinese patients with persistent somatoform pain disorder. *Psychology, Health & Medicine*, 19(6), 744–752. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.878804>

Lyubomirsky, S., Caldwell, N. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 166–177. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.1.166>

Lyubomirsky, S., Kasri, F., Chang, O., & Chung, I. (2006). Ruminative Response Styles and Delay of Seeking Diagnosis for Breast Cancer Symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(3), 276–304. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.3.276>

Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 339–349. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.2.339>

Mahrer, N. E., Montano, Z., & Gold, J. I. (2012). Relations Between Anxiety Sensitivity, Somatization, and Health-Related Quality of Life in Children With Chronic Pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(7), 808–816. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jss054>

- Mallorquí-Bagué, N., Bulbena, A., Pailhez, G., Garfinkel, S. N., & Critchley, H. D. (2016). Mind-Body Interactions in Anxiety and Somatic Symptoms. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(1), 53–60. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000085>
- Martínez, J. C. G., Fernanda, L.-L. G., José, F. M., & Montserrat, A. G. (2014). Perfil de los pacientes con trastorno adaptativo que acuden a las farmacias comunitarias españolas. *Farmacéuticos Comunitarios*, 6(3). <https://raco.cat/index.php/FC/article/view/321263>
- Mathew, A. R., Pettit, J. W., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Roberts, R. E. (2011). Comorbidity between major depressive disorder and anxiety disorders: shared etiology or direct causation? *Psychological Medicine*, 41(10), 2023–2034. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000407>
- Mathews, A., & MacLeod, C. (2002). Induced processing biases have causal effects on anxiety. *Cognition & Emotion*, 16(3), 331–354. <https://doi.org/10.1080/02699930143000518>
- Maund, E., Dewar-Haggart, R., Williams, S., Bowers, H., Geraghty, A. W. A., Leydon, G., May, C., Dawson, S., & Kendrick, T. (2019). Barriers and facilitators to discontinuing antidepressant use: A systematic review and thematic synthesis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 38–62. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.107>
- Mayou, R. A., Ehlers, A., & Bryant, B. (2002). Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3-year follow-up of a prospective longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 40(6), 665–675. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00069-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00069-9)

- McEvoy, P. M., Watson, H., Watkins, E. R., & Nathan, P. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: Evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 313–320. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.014>
- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A., & Otto, M. W. (2013). Patient Preference for Psychological vs Pharmacologic Treatment of Psychiatric Disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(06), 595–602. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r07757>
- McIntyre, R. S., Filteau, M.-J., Martin, L., Patry, S., Carvalho, A., Cha, D. S., Barakat, M., & Miguelez, M. (2014). Treatment-resistant depression: Definitions, review of the evidence, and algorithmic approach. *Journal of Affective Disorders*, 156, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.043>
- 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>
- Medrano, L. A., Muñoz-Navarro, R., & Cano-Vindel, A. (2016). Cognitive processes and emotion regulation: Contributions from a psycho-evolutionary approach. *Ansiedad y Estrés*, 22(2–3), 47–54. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.11.001>
- Mellings, T. M. B., & Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: the effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour Research and Therapy*, 38(3), 243–257. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00040-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00040-6)
- Meneo, D., Samea, F., Tahmasian, M., & Baglioni, C. (2023). The emotional component of insomnia disorder: A focus on emotion regulation and affect dynamics in relation

- to sleep quality and insomnia. *Journal of Sleep Research*, 32(6).
<https://doi.org/10.1111/jsr.13983>
- Merikangas, K. R., Zhang, H., Avenevoli, S., Acharyya, S., Neuenschwander, M., & Angst, J. (2003). Longitudinal Trajectories of Depression and Anxiety in a Prospective Community Study. *Archives of General Psychiatry*, 60(10), 993.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.9.993>
- Meuret, A. E., Tunnell, N., & Roque, A. (2020). *Anxiety Disorders and Medical Comorbidity: Treatment Implications* (pp. 237–261). https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_15
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487–495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Miguel, C., Karyotaki, E., Ciharova, M., Cristea, I. A., Penninx, B. W. J. H., & Cuijpers, P. (2023). Psychotherapy for comorbid depression and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53(6), 2503–2513.
<https://doi.org/10.1017/S0033291721004414>
- Misso, D., Schweitzer, R. D., & Dimaggio, G. (2019). Metacognition: A potential mechanism of change in the psychotherapy of perpetrators of domestic violence. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(3), 248–260.
<https://doi.org/10.1037/int0000111>
- Mitchell, A. J., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *The Lancet*, 374(9690), 609–619.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60879-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60879-5)

- Miu, A. C., Szentágotai-Tătar, A., Balázs, R., Nechita, D., Bunea, I., & Pollak, S. D. (2022). Emotion regulation as mediator between childhood adversity and psychopathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 93, 102141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102141>
- Modrego-Muñoz, M., Baquero-Tomás, M., Prego de Oliver, J., & Dongil-Collado, E. (2018). Somatizations in Primary Care. Intervention opportunities. *Información Psicológica*, 115, 39–53.
- Moffitt, T. E., Harrington, H., Caspi, A., Kim-Cohen, J., Goldberg, D., Gregory, A. M., & Poulton, R. (2007). Depression and Generalized Anxiety Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 64(6), 651. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.6.651>
- Mogoșe, C., David, D., & Koster, E. H. W. (2014). Clinical Efficacy of Attentional Bias Modification Procedures: An Updated Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 70(12), 1133–1157. <https://doi.org/10.1002/jclp.22081>
- Moncrieff, J. (2018). What does the latest meta-analysis really tell us about antidepressants? *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(5), 430–432. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000240>
- Moncrieff, J. (2020). Persistent adverse effects of antidepressants. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e56. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000520>
- Moncrieff, J., & Kirsch, I. (2015). Empirically derived criteria cast doubt on the clinical significance of antidepressant-placebo differences. *Contemporary Clinical Trials*, 43, 60–62. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2015.05.005>
- Moreno, E., & Moriana, J. A. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*, 35(4), 315–328.

- Moreno, E., Muñoz-Navarro, R., Medrano, L. A., González-Blanch, C., Ruiz-Rodríguez, P., Limonero, J. T., Moretti, L. S., Cano-Vindel, A., & Moriana, J. A. (2019). Factorial invariance of a computerized version of the GAD-7 across various demographic groups and over time in primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, 252, 114–121. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.032>
- Moriana, J. A., Jurado-González, F. J., García-Torres, F., Contreras, A., Muñoz-Navarro, R., González-Blanch, C., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., & Cano-Vindel, A. (2022). Exploring the structure of the GAD-7 scale in primary care patients with emotional disorders: A network analysis approach. *Journal of Clinical Psychology*, 78(2), 283–297. <https://doi.org/10.1002/jclp.23217>
- Moriana, J. A., & Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81–100.
- Munkholm, K., Boesen, K., & Paludan-Müller, A. S. (2019). Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder. *The Lancet*, 394(10205), 1229. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31626-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31626-5)
- Munkholm, K., Paludan-Müller, A. S., & Boesen, K. (2019). Considering the methodological limitations in the evidence base of antidepressants for depression: a reanalysis of a network meta-analysis. *BMJ Open*, 9(6), e024886. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024886>
- Muñoz-Navarro, R., Adrián Medrano, L., González-Blanch, C., Carpallo-González, M., Olave, L., Iruarizaga, I., Ruiz-Rodríguez, P., 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., Cano-Vindel, A., Capafons, A., & Santolaya, F. (2015). *Detección de depresión, ansiedad y pánico en Atención Primaria mediante el PHQ*. Universidad de Valencia.

Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Medrano, L. A., Schmitz, F., Ruiz-Rodríguez, P., Abellán-Maeso, C., Font-Payeras, M. A., & Hermosilla-Pasamar, A. M. (2017). 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. (2017). 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., Cano-Vindel, A., Ruiz-Rodríguez, P., Adrián Medrano, L., González-Blanch, C., Moriana, J. A., Capafons Bonet, A., & Dongil-Collado, E. (2017). Modelo jerárquico de diagnóstico y derivación de los trastornos mentales comunes en centros de atención primaria. Una propuesta a partir del ensayo clínico PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 23(2–3), 124–129. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.002>

Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Wood, C. M., Ruíz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., Limonero, J. T., Tomás-Tomás, P., Gracia-Gracia, I., Dongil-Collado, E., & Iruarrizaga, M. I. (2016). The PHQ-PD as a Screening Tool for Panic Disorder in the

Primary Care Setting in Spain. *PLOS ONE*, 11(8), e0161145.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161145>

Muñoz-Navarro, R., Garrido, L. E., Esteller-Collado, G., Carpallo-González, M., Jurado-González, F., Gálvez-Lara, M., Prieto-Vila, M., Barrio-Martínez, S., González-Blanch, C., Ruíz-Rodríguez, Moriana, J. A., Cano-Vindel, A., Medrano, L. A. Evidence of a Transdiagnostic cognitive-factor for the assesement of depression and anxiety disorders in primary care patients. *Under review in Depression and anxiety*.

Muñoz-Navarro, R., Malonda, E., Llorca-Mestre, A., Cano-Vindel, A., & Fernández-Berrocal, P. (2021). Worry about COVID-19 contagion and general anxiety: Moderation and mediation effects of cognitive emotion regulation. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 311–318.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.004>

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>

Murray, A. M., Toussaint, A., Althaus, A., & Löwe, B. (2016). The challenge of diagnosing non-specific, functional, and somatoform disorders: A systematic review of barriers to diagnosis in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 80, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.11.002>

- Naeem, F., Pikard, J., Rao, S., Ayub, M., & Munshi, T. (2017). Is it possible to provide low-intensity cognitive behavioral treatment (CBT Lite) in Canada without additional costs to the health system? First-year evaluation of a pilot CBT Lite program. *International Journal of Mental Health*, 46(4), 253–268. <https://doi.org/10.1080/00207411.2017.1345039>
- Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., & Chacko, T. P. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. *Psychological Bulletin*, 143(4), 384–427. <https://doi.org/10.1037/bul0000093>
- 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>
- Newby, J. M., Mewton, L., Williams, A. D., & Andrews, G. (2014). Effectiveness of transdiagnostic internet cognitive behavioural treatment for mixed anxiety and depression in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 165, 45–52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.037>
- Newby, J. M., Twomey, C., Yuan Li, S. S., & Andrews, G. (2016). Transdiagnostic computerised cognitive behavioural therapy for depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 199, 30–41. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.018>
- NHS Digital. (2019). *Psychological Therapies, Annual report on the use of IAPT services 2018–19*.
- NICE. (2004a). *Anxiety: Management of Anxiety (Panic Disorder; With and Without Agoraphobia, and Generalised Anxiety Disorder) in Adults in Primary, Secondary*

- and Community Care*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guideline 22. Available at [Www.Nice.Org.Uk](http://www.nice.org.uk).
- NICE. (2004b). *Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guideline 23. Available at [Www.Nice.Org.Uk](http://www.nice.org.uk).
- NICE. (2005a). *Obsessive-Compulsive Disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guideline 31. Available at [Www.Nice.Org.Uk](http://www.nice.org.uk).
- NICE. (2005b). *Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guideline 26. Available at [Www.Nice.Org.Uk](http://www.nice.org.uk).
- NICE. (2006). *Computerized Cognitive Behaviour Therapy for Depression and Anxiety*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Technology Appraisal 97. Available at [Www.Nice.Org.Uk](http://www.nice.org.uk).
- NICE. (2009a). *Depression in Adults with a Chronic Physical Health Problem: Treatment and Management*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guideline 91. Available at [Www.Nice.Org.Uk](http://www.nice.org.uk).
- NICE. (2009b). *Depression: Treatment and Management of Depression in Adults*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guideline 90. Available at [Www.Nice.Org.Uk](http://www.nice.org.uk).

- NICE. (2011). *Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care*. London, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guideline 123. Available at [Www.Nice.Org.Uk](http://www.nice.org.uk).
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569–582. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.569>
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504–511.
- Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C. G. (1999). “Thanks for sharing that”: ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 801–814. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.77.4.801>
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., & Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 198–207. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.1.198>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Nordahl, H., & Wells, A. (2019). Measuring the Cognitive Attentional Syndrome Associated with Emotional Distress: Psychometric Properties of the CAS-1. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(4), 292–306. <https://doi.org/10.1007/s41811-019-00056-4>
- Norton, J., De Roquefeuil, G., Boulenger, J.-P., Ritchie, K., Mann, A., & Tylee, A. (2007). Use of the PRIME-MD Patient Health Questionnaire for estimating the prevalence

- of psychiatric disorders in French primary care: comparison with family practitioner estimates and relationship to psychotropic medication use. *General Hospital Psychiatry*, 29(4), 285–293. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.02.005>
- Norton, P. J., & Barrera, T. L. (2012). Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: a preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depression and Anxiety*, 29(10), 874–882. <https://doi.org/10.1002/da.21974>
- Norton, P. J., Barrera, T. L., Mathew, A. R., Chamberlain, L. D., Szafranski, D. D., Reddy, R., & Smith, A. H. (2013). Effect of transdiagnostic CBT for anxiety disorders on comorbid diagnoses. *Depression and Anxiety*, 30(2), 168–173. <https://doi.org/10.1002/da.22018>
- Nouri, F., Feizi, A., Roohafza, H., Sadeghi, M., & Sarrafzadegan, N. (2021). How different domains of quality of life are associated with latent dimensions of mental health measured by GHQ-12. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 255. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01892-9>
- Olariu, E., Forero, C. G., Castro-Rodriguez, J. I., Rodrigo-Calvo, M. T., Álvarez, P., Martín-López, L. M., Sánchez-Toto, A., Adroher, N. D., Blasco-Cubedo, M. J., Vilagut, G., Fullana, M. A., & Alonso, J. (2015). DETECTION OF ANXIETY DISORDERS IN PRIMARY CARE: A META-ANALYSIS OF ASSISTED AND UNASSISTED DIAGNOSES. *Depression and Anxiety*, 32(7), 471–484. <https://doi.org/10.1002/da.22360>
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 572–581. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.015>

- OMS. (1946). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*. Official Records of the World Health Organization.
- OMS. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- Onur, E., Alkın, T., Sheridan, M. J., & Wise, T. N. (2013). Alexithymia and Emotional Intelligence in Patients with Panic Disorder, Generalized Anxiety Disorder and Major Depressive Disorder. *Psychiatric Quarterly*, 84(3), 303–311. <https://doi.org/10.1007/s11126-012-9246-y>
- Otto, M. W., McHugh, R. K., & Kantak, K. M. (2010). Combined pharmacotherapy and cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: Medication effects, glucocorticoids, and attenuated treatment outcomes. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(2), 91–103. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01198.x>
- Padala, P. R., Padala, K. P., Majagi, A. S., Garner, K. K., Dennis, R. A., & Sullivan, D. H. (2020). Selective serotonin reuptake inhibitors-associated apathy syndrome. *Medicine*, 99(33), e21497. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000021497>
- Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L., & Alonso, J. (2014). Cost of Disorders of the Brain in Spain. *PLoS ONE*, 9(8), e105471. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105471>
- Păsărelu, C. R., Andersson, G., Bergman Nordgren, L., & Dobrean, A. (2017). Internet-delivered transdiagnostic and tailored cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.

<https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1231219>

Pearl, S. B., & Norton, P. J. (2017). Transdiagnostic versus diagnosis specific cognitive behavioural therapies for anxiety: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 46, 11–24. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.07.004>

Penninx, B. W., Pine, D. S., Holmes, E. A., & Reif, A. (2021). Anxiety disorders. *The Lancet*, 397(10277), 914–927. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00359-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7)

Pergamin-Hight, L., Naim, R., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Bar-Haim, Y. (2015). Content specificity of attention bias to threat in anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 35, 10–18. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.10.005>

Pigott, H. E., Leventhal, A. M., Alter, G. S., & Boren, J. J. (2010). Efficacy and Effectiveness of Antidepressants: Current Status of Research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(5), 267–279. <https://doi.org/10.1159/000318293>

Portman, M. E., Starcevic, V., & Beck, A. T. (2011). Challenges in Assessment and Diagnosis of Generalized Anxiety Disorder. *Psychiatric Annals*, 41(2), 79–85. <https://doi.org/10.3928/00485713-20110203-06>

Price-Haywood, E. G., Burton, J., Harden-Barrios, J., Bazzano, A., Lefante, J., Shi, L., & Jamison, R. N. (2021). Depression, anxiety, pain and chronic opioid management in primary care: Type II effectiveness-implementation hybrid stepped wedge cluster randomized trial. *Contemporary Clinical Trials*, 101, 106250. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2020.106250>

Prieto-Vila, M., González-Blanch, C., Estupiñá Puig, F. J., Buckman, J. E. J., Saunders, R., Muñoz-Navarro, R., Moriana, J. A., Rodríguez-Ruiz, P., Barrio-Martínez, S.,

- Carpallo-González, M., & Cano-Vindel, A. (2024). Long-term depressive symptom trajectories and related baseline characteristics in primary care patients: Analysis of the PsicAP clinical trial. *European Psychiatry*, 67(1), e32. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.27>
- Primiano, S., Marchand, A., Gosselin, P., Langlois, F., Bouchard, S., Bélanger, C., Labrecque, J., Dugas, M., & Dupuis, G. (2014). The Effect of a Combined Versus a Conventional Cognitive-Behavioral Therapy on Quality of Life for Comorbid Panic Disorder With Agoraphobia and Generalized Anxiety Disorder. *Behavior Modification*, 38(1), 3–24. <https://doi.org/10.1177/0145445513504430>
- Quemel, G. K. C., Da Silva, E. P., Conceição, W. R., Gomes, M. F., Rivera, J. G. B., & Quemel, G. K. C. (2021). Revisão integrativa da literatura sobre o aumento no consumo de psicotrópicos em transtornos mentais como a depressão / Integrative review of the literature on the increase in consumption of psychotropics in mental disorders like depression. *Brazilian Applied Science Review*, 5(3), 1384–1403. <https://doi.org/10.34115/basrv5n3-008>
- Rabeea, S. A., Merchant, H. A., Khan, M. U., Kow, C. S., & Hasan, S. S. (2021). Surging trends in prescriptions and costs of antidepressants in England amid COVID-19. *DARU Journal of Pharmaceutical Sciences*, 29(1), 217–221. <https://doi.org/10.1007/s40199-021-00390-z>
- Ramírez-Coronel, A., Malo-Larrea, A., Martínez-Suárez, P., Montánchez-Torres, M., Torrachi-Carrasco, E., & González-León, F. (2020). Origen, evolución e investigaciones sobre la Calidad de Vida: Revisión Sistemática. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(8).

- Read, J., & Moncrieff, J. (2022). Depression: why drugs and electricity are not the answer. *Psychological Medicine*, 52(8), 1401–1410. <https://doi.org/10.1017/S0033291721005031>
- Regier, D., Burke, J., Maser, J., & Cloniger, C. (1990). *Comorbidity of mood and anxiety disorders*.
- Reinholdt-Dunne, M. L., Blicher, A., Nordahl, H., Normann, N., Esbjørn, B. H., & Wells, A. (2019). Modeling the Relationships Between Metacognitive Beliefs, Attention Control and Symptoms in Children With and Without Anxiety Disorders: A Test of the S-REF Model. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01205>
- Reinholt, N., & Krogh, J. (2014). Efficacy of Transdiagnostic Cognitive Behaviour Therapy for Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis of Published Outcome Studies. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(3), 171–184. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.897367>
- Rezaiye, M., Radfar, M., & MaslakPak, M. H. (2023). Quality of life among Iranian major depressive disorder patients: a qualitative study. *Middle East Current Psychiatry*, 30(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00299-0>
- Rief, W., & Barsky, A. J. (2005). Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 996–1002. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.03.018>
- Robins, L. N. (1988). The Composite International Diagnostic Interview. *Archives of General Psychiatry*, 45(12), 1069. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800360017003>

- Robinson, M., & Alloy, B. (2003). Negative Cognitive Styles and Stress-Reactive Rumination Interact to Predict Depression: A Prospective Study. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 275–291. <https://doi.org/10.1023/A:1023914416469>
- Robles, E., Angelone, C., Ondé, D., & Vázquez, C. (2024). Somatic symptoms in the general population of Spain: Validation and normative data of the Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15). *Journal of Affective Disorders*, 362, 762–771. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.07.087>
- Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Garcia 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>
- Rong, J., Chen, G., Wang, X., Ge, Y., Meng, N., Xie, T., & Ding, H. (2019). Correlation Between Depressive Symptoms And Quality Of Life, And Associated Factors For Depressive Symptoms Among Rural Elderly In Anhui, China. *Clinical Interventions in Aging*, Volume 14, 1901–1910. <https://doi.org/10.2147/CIA.S225141>
- Rood, L., Roelofs, J., Bögels, S. M., & Meesters, C. (2012). Stress-reactive rumination, negative cognitive style, and stressors in relationship to depressive symptoms in non-clinical youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(4), 414–425. <https://doi.org/10.1007/s10964-011-9657-3>
- Ros Montalbán, Comas-Vives, A., & García, 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 Psiquiatría*, 38(6), 345–357. <https://www.researchgate.net/publication/49712122>

- Rubin, H. C., Rapaport, M. H., Levine, B., Gladsjo, J. K., Rabin, A., Auerbach, M., Judd, L. L., & Kaplan, R. (2000). Quality of well being in panic disorder: the assessment of psychiatric and general disability. *Journal of Affective Disorders*, 57(1–3), 217–221. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00030-0](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00030-0)
- Ruiz-Rodríguez, P., Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Wood, C. M., Medrano, L. A., & Moretti, L. S. (2018). Cost-Effectiveness and Cost-Utility Analysis of the Treatment of Emotional Disorders in Primary Care: PsicAP Clinical Trial. Description of the Sub-study Design. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00281>
- Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical Psychology Review*, 72, 101751. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>
- Sánchez-García, M. (2014). Análisis de la eficacia de un tratamiento grupal cognitivo-conductual en sujetos con somatizaciones. *Anales de Psicología*, 30(2). <https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.170271>
- Sanford, M., Szamatri, P., Spinner, M., Munroe-Blum, H., Jamieson, E., Walsh, C., & Jones, D. (1995). Predicting the One-Year Course of Adolescent Major Depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(12), 1618–1628. <https://doi.org/10.1097/00004583-199512000-00012>
- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R. M., Collins, J. K., ... Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and

- territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Sarisoy, G., Pazvantoğlu, O., Özturan, D. D., Ay, N. D., Yilman, T., Mor, S., Korkmaz, I. Z., Kaçar, Ö. F., & Gümüş, K. (2014). Metacognitive beliefs in unipolar and bipolar depression: A comparative study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(4), 275–281. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.814710>
- Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2017). Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(2), 261–276. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>
- Schnabel, K., Petzke, T. M., & Witthöft, M. (2022). The emotion regulation process in somatic symptom disorders and related conditions - A systematic narrative review. *Clinical Psychology Review*, 97, 102196. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102196>
- Schnabel, K., Schulz, S. M., & Witthöft, M. (2022). Emotional reactivity, emotion regulation, and regulatory choice in somatic symptom disorder. *Psychosomatic Medicine*, 84(9), 1077–1086. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001118>
- Schünemann, H., Brozek, J., Guyatt, G., & Oxman, A. (2013). *Manual GRADE para calificar la calidad de la evidencia y la solidez de las recomendaciones*.
- Schwartz, J. A. J., & Koenig, L. J. (1996). Response styles and negative affect among adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 20(1), 13–36. <https://doi.org/10.1007/BF02229241>
- Seekles, W., Cuijpers, P., Kok, R., Beekman, A., van Marwijk, H., & van Straten, A. (2013). Psychological treatment of anxiety in primary care: a meta-analysis.

<https://doi.org/10.1017/S0033291712000670>

Seligman, M. E., Rosellini, R. A., & Kozak, M. J. (1975). Learned helplessness in the rat: Time course, immunization, and reversibility. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 88(2), 542–547. <https://doi.org/10.1037/h0076431>

Sevillá, J., & Pastor, C. (2011). *Tratamiento psicológico de la hipocondría y la ansiedad generalizada*. Centro de Terapia de Conducta.

Sevillá, J., & Pastor, C. (2012). *Tratamiento psicológico de la depresión*. Centro de Terapia de Conducta .

Slee, A., Nazareth, I., Bondaronek, P., Liu, Y., Cheng, Z., & Freemantle, N. (2019). Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*, 393(10173), 768–777. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31793-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31793-8)

Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 57, 141–163. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>

Sobel, M. E. (1982). Asymptotic Confidence Intervals for Indirect Effects in Structural Equation Models. *Sociological Methodology*, 13, 290. <https://doi.org/10.2307/270723>

Specker, P., & Nickerson, A. (2019). Investigating the relationship between distinctive patterns of emotion regulation, trauma exposure and psychopathology among refugees resettled in Australia: a latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1661814>

- Spence, D. (2013). Are antidepressants overprescribed? Yes. *BMJ*, 346(jan22 3), f191–f191. <https://doi.org/10.1136/bmj.f191>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stafseth, S. K., Skogstad, L., Ræder, J., Hovland, I. S., Hovde, H., Ekeberg, Ø., & Lie, I. (2022). Symptoms of Anxiety, Depression, and Post-Traumatic Stress Disorder in Health Care Personnel in Norwegian ICUs during the First Wave of the COVID-19 Pandemic, a Prospective, Observational Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), 7010. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127010>
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476–493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
- Steidtmann, D., Manber, R., Arnow, B. A., Klein, D. N., Markowitz, J. C., Rothbaum, B. O., Thase, M. E., & Kocsis, J. H. (2012). PATIENT TREATMENT PREFERENCE AS A PREDICTOR OF RESPONSE AND ATTRITION IN TREATMENT FOR CHRONIC DEPRESSION. *Depression and Anxiety*, 29(10), 896–905. <https://doi.org/10.1002/da.21977>
- Stephenson, C. P., Karanges, E., & McGregor, I. S. (2013). Trends in the utilisation of psychotropic medications in Australia from 2000 to 2011. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(1), 74–87. <https://doi.org/10.1177/0004867412466595>

- Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2. [Publicación en Internet].* <https://cpage.mpr.gob.es/>
- Sun, X., So, S. H., Chan, R. C. K., Chiu, C.-D., & Leung, P. W. L. (2019). Worry and metacognitions as predictors of the development of anxiety and paranoia. *Scientific Reports*, 9(1), 14723. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-51280-z>
- Sun, X., Zhu, C., & So, S. H. W. (2017). Dysfunctional metacognition across psychopathologies: A meta-analytic review. *European Psychiatry*, 45, 139–153. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.05.029>
- Talkovsky, A. M., & Norton, P. J. (2014). Mediators of transdiagnostic group cognitive behavior therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 919–924. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.09.017>
- Thompson, E. M., Destree, L., Albertella, L., & Fontenelle, L. F. (2021). Internet-Based Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Systematic Review and Meta-Analysis for Mental Health Outcomes. *Behavior Therapy*, 52(2), 492–507. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.07.002>
- Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Borges, G., Bruffaerts, R., Bunting, B., de Almeida, J. M. C., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., ... Kessler, R. C. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 210(2), 119–124. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.188078>

- Toft, T., Fink, P., Oernobel, E., Christensen, K., Frostholm, L., & Olesen, F. (2005). Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the Functional Illness in Primary care (FIP) study. *Psychological Medicine*, 35(8), 1175–1184. <https://doi.org/10.1017/S0033291705004459>
- Trompenaars, F. J., Masthoff, E. D., Van Heck, G. L., Hodiamont, P. P., & De Vries, J. (2006). Relationship between mood related disorders and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety*, 23(6), 353–363. <https://doi.org/10.1002/da.20180>
- Tsypes, A., Aldao, A., & Mennin, D. S. (2013). Emotion dysregulation and sleep difficulties in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(2), 197–203. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.01.008>
- Tull, M. T. (2006). Extending an Anxiety Sensitivity Model of Uncued Panic Attack Frequency and Symptom Severity: The Role of Emotion Dysregulation. *Cognitive Therapy and Research*, 30(2), 177–184. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9036-7>
- Turner, E. H., Matthews, A. M., Linardatos, E., Tell, R. A., & Rosenthal, R. (2008). Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy. *New England Journal of Medicine*, 358(3), 252–260. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa065779>
- Turner, S. M., Beidel, D., Spaulding, S. A., & Brown, J. M. (1995). The practice of behavior therapy: A national survey of cost and methods. *The Behavior Therapist*, 18, 1–4.
- Valiente, C., Contreras, A., Peinado, V., Trucharte, A., Martínez, A. P., & Vázquez, C. (2021). Psychological Adjustment in Spain during the COVID-19 Pandemic:

- Positive and Negative Mental Health Outcomes in the General Population. *The Spanish Journal of Psychology*, 24, e8. <https://doi.org/10.1017/SJP.2021.7>
- van Dessel, N., den Boeft, M., van der Wouden, J. C., Kleinstäuber, M., Leone, S. S., Terluin, B., Numans, M. E., van der Horst, H. E., & van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011142.pub2>
- van Dis, E. A. M., van Veen, S. C., Hagenaars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L. H., van den Heuvel, R. M., Cuijpers, P., & Engelhard, I. M. (2020). Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 265. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986>
- van Ravesteijn, H., Wittkamp, K., Lucassen, P., van de Lisdonk, E., van den Hoogen, H., van Weert, H., Huijser, J., Schene, A., van Weel, C., & Speckens, A. (2009). Detecting Somatoform Disorders in Primary Care With the PHQ-15. *The Annals of Family Medicine*, 7(3), 232–238. <https://doi.org/10.1370/afm.985>
- Van Straten, A., Tiemens, B., Hakkaart, L., Nolen, W. A., & Donker, M. C. H. (2006). Stepped care vs. matched care for mood and anxiety disorders: a randomized trial in routine practice. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(6), 468–476. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00731.x>
- van Westrienen, P. E., Pisters, M. F., Toonders, S. A. J., Gerrits, M., de Wit, N. J., & Veenhof, C. (2020). Quality of life in primary care patients with moderate medically unexplained physical symptoms. *Quality of Life Research*, 29(3), 693–703. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02358-8>

- Vanderlind, W. M., Everaert, J., & Joormann, J. (2022). Positive emotion in daily life: Emotion regulation and depression. *Emotion*, 22(7), 1614–1624. <https://doi.org/10.1037/emo0000944>
- Vilhauer, J. S., Cortes, J., Moali, N., Chung, S., Mirocha, J., & Ishak, W. W. (2013). Improving Quality of Life for Patients with Major Depressive Disorder by Increasing Hope and Positive Expectations with Future Directed Therapy (FDT). *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10(3), 12–22.
- Vittengl, J. R. (2022). A Mutually Reinforcing System? Longitudinal Changes in Psychological Distress, Functional Impairment, and Prescription Medication Consumption Among Adults. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 24(2), 112–123. <https://doi.org/10.1891/EHPP-2022-0006>
- Vos, T., Abajobir, A. A., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abd-Allah, F., Abdulkader, R. S., Abdulle, A. M., Abebo, T. A., Abera, S. F., Aboyans, V., Abu-Raddad, L. J., Ackerman, I. N., Adamu, A. A., Adetokunboh, O., Afarideh, M., Afshin, A., Agarwal, S. K., Aggarwal, R., ... Murray, C. J. L. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1211–1259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)
- Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., Charlson, F., Davis, A., Degenhardt, L., Dicker, D., Duan, L., Erskine, H., Feigin, V. L., Ferrari, A. J., Fitzmaurice, C., Fleming, T., Graetz, N., Guinovart, C., Haagsma, J., ... Murray, C. J. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries,

- 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 386(9995), 743–800. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60692-4)
- Ward, A., Lyubomirsky, S., Sousa, L., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Can't Quite Commit: Rumination and Uncertainty. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(1), 96–107. <https://doi.org/10.1177/0146167202238375>
- Warren, R. (2012). A cognitive-behavioural perspective on personality disorders with over-regulation of emotions and poor self-reflectivity: The case of a man with avoidant and not-otherwise specified personality disorder, social phobia and dysthymia treated with Metacognitive Interpersonal Therapy. *Personality and Mental Health*, 6(2), 170–173. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/cognitive-behavioural-perspective-on-personality/docview/1022253792/se-2?accountid=14777>
- Watkins, E., & Baracaia, S. (2002). Rumination and social problem-solving in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 40(10), 1179–1189. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00098-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00098-5)
- Watkins, E., & Moulds, M. (2005). Distinct modes of ruminative self-focus: Impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression. *Emotion*, 5(3), 319–328. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.5.3.319>
- Watts, S. E., Turnell, A., Kladnitski, N., Newby, J. M., & Andrews, G. (2015). Treatment-as-usual (TAU) is anything but usual: A meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, 175, 152–167. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.025>
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons.

- Wells, A. (2008). Metacognitive Therapy: Cognition Applied To Regulating Cognition. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(6), 651–658. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004803>
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11–12), 881–888. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00050-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00050-2)
- Wetherell, J. L., Petkus, A. J., Thorp, S. R., Stein, M. B., Chavira, D. A., Campbell-Sills, L., Craske, M. G., Sherbourne, C., Bystritsky, A., Sullivan, G., & Roy-Byrne, P. (2013). Age differences in treatment response to a collaborative care intervention for anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 203(1), 65–72. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.118547>
- Whiston, A., Bockting, C. L. H., & Semkovska, M. (2019). Towards personalising treatment: a systematic review and meta-analysis of face-to-face efficacy moderators of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for major depressive disorder. *Psychological Medicine*, 49(16), 2657–2668. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002812>
- Whiteford, H., Ferrari, A., & Degenhardt, L. (2016). Global Burden Of Disease Studies: Implications For Mental And Substance Use Disorders. *Health Affairs*, 35(6), 1114–1120. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0082>
- Wittchen, H., & Hand, I. (1998). Panic and Phobias 2: Treatments and Variables Affecting Course and Outcome. *Springer-Verlag*.
- Wittchen, H., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>

- Wittchen, H., & Jacobi, F. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- World Health Organization. (2022). *Mental Health Report*.
- World Health Organization (WHO). (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*.
- Wu, C., Shau, W., Chan, H., Lee, Y., Lai, Y., & Lai, M. (2012). Utilization of antidepressants in Taiwan: a nationwide population-based survey from 2000 to 2009. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 21(9), 980–988. <https://doi.org/10.1002/pds.3255>
- Wyrwich, K., Harnam, N., Revicki, D. A., Locklear, J. C., Svedsäter, H., & Endicott, J. (2009). Assessing health-related quality of life in generalized anxiety disorder using the Quality Of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire. *International Clinical Psychopharmacology*, 24(6), 289–295. <https://doi.org/10.1097/YIC.0b013e32832d6bf4>
- Xu, C., Gelberg, H., & DeRubeis, R. J. (2022). Emotion regulation strategy correlates with discrete state emotion in major depression. *Anxiety, Stress, & Coping*, 35(6), 637–648. <https://doi.org/10.1080/10615806.2021.2015578>
- Yang, C.-C., Llamas-Díaz, D., Bahena, Y. A., Cabello, R., Dahl, R. E., & Magis-Weinberg, L. (2023). Emotion regulation difficulties and sleep quality in adolescence during the early stages of the COVID-19 lockdown. *Journal of Affective Disorders*, 338, 92–99. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.036>
- Yang, X., Fang, Y., Chen, H., Zhang, T., Yin, X., Man, J., Yang, L., & Lu, M. (2021). Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results

from the Global Burden of Disease Study 2019. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30, e36. <https://doi.org/10.1017/S2045796021000275>

Zhou, J., Fan, A., Zhou, X., Pao, C., Xiao, L., Feng, Y., Xi, R., Chen, Y., Huang, Q., Dong, B., & Zhou, J. (2022). Interrelationships between childhood maltreatment, depressive symptoms, functional impairment, and quality of life in patients with major depressive disorder: A network analysis approach. *Child Abuse & Neglect*, 132, 105787. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105787>

Zhou, J., Zhou, J., Feng, L., Feng, Y., Xiao, L., Chen, X., Yang, J., & Wang, G. (2023). The associations between depressive symptoms, functional impairment, and quality of life, in patients with major depression: undirected and Bayesian network analyses. *Psychological Medicine*, 53(14), 6446–6458. <https://doi.org/10.1017/S0033291722003385>

Zwick, L., Schmitz, N., & Shojaa, M. (2023). Oral health-related quality of life and depressive symptoms in adults: longitudinal associations of the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). *BMC Oral Health*, 23(1), 1029. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03722-4>

Anexos

ANEXO A. Análisis suplementarios para la comparación de la muestra PP e ITT.

Tabla suplementaria 1. Tabla cruzada de pacientes tratados vs abandonos en función de la aleatorización al grupo TCC-TD+TH vs TH

	TCC-TD+TH (n/%)	TH (n/%)	Total	Chi ²	p
Tratados	218 (50.6%)	212 (49.3%)	430	.039	.843
Abandonos	315 (50.0%)	314 (49.9%)	629		
Total	533 (50.3%)	526 (49.6%)	1059		

Nota: TCC-TD: terapia cognitivo conductual transdiagnóstica; TH: tratamiento habitual.

Chi²: efecto de la prueba chi²; *p*: valor de significación.

Tabla suplementaria 2. Tabla cruzada de pacientes tratados vs abandonos en función de la toma de mediación antidepresiva

	Abandonos (n/%)	Tratados (n/%)	Total	Chi ²	p
No antidepresivos	319 (40.6%)	467 (59.4%)	786	.002	.967
Sí antidepresivos	110 (40.4%)	163 (59.6%)	273		
Total	429 (40.5%)	630 (59.5%)	1059		

Nota: Chi²: efecto de la prueba chi²; *p*: valor de significación.

Tabla suplementaria 3. Diferencia de medias en el pre-tratamiento de todos los pacientes aleatorizados (muestra ITT)

Variables	TH (M/DV)	TCC-TD+TH (M/DV)	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedad	12.12 (4.65)	12.44 (4.63)	-1.110	.134
Depresión	13.50 (5.40)	13.73 (5.33)	-.694	.244
Somatizaciones	14.04 (4.75)	14.27 (4.92)	-.788	.216
CdV global	2.90 (0.8)	2.92 (0.8)	-.376	.146
CdV psicológica	16.88 (3.81)	16.75 (3.86)	.556	.289
CdV física	22.34 (4.28)	22.10 (4.32)	.910	.182
CdV social	9.09 (2.4)	9.08 (2.4)	.427	.105
CdV ambiental	25.25 (4.5)	25.67 (4.6)	-1.258	.157

Nota: M: media; DV: desviación estándar; *t*: efecto de la prueba *t*; *p*: significación; CdV: calidad de vida; TCC-TD: terapia cognitivo conductual transdiagnóstica; TH: tratamiento habitual; *t*: efecto de la prueba *t*; *p*: valor de significación.

Tabla suplementaria 4. Diferencia de medias en el pre-tratamiento de todos los pacientes tratados (muestra PP)

Variables	TH (M/DV)	TCC-TD+TH(M/DV)	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedad	12.09 (4.57)	12.55 (4.67)	-1.261	.104
Depresión	13.40 (5.37)	13.76 (5.15)	-.860	.195
Somatizaciones	13.97 (4.63)	14.07 (4.92)	-.259	.398
CdV global	2.89 (0.7)	2.89 (0.8)	-.275	.132
CdV psicológica	16.91 (3.75)	16.72 (3.69)	.644	.260
CdV física	22.31 (4.22)	21.90 (4.37)	1.214	.113
CdV social	9.11 (2.3)	8.97 (2.3)	-1.432	.234
CdV ambiental	25.58 (4.2)	25.94 (4.5)	-1.327	.334

Nota: M: media; DV: desviación estándar; *t*: efecto de la prueba *t*; *p*: significación; CdV: calidad de vida; TCC-TD: terapia cognitivo conductual transdiagnóstica; TH: tratamiento habitual; *t*: efecto de la prueba *t*; *p*: valor de significación.

Tabla suplementaria 5. Diferencia de medias en el pre-tratamiento de todos los pacientes tratados (muestra PP) vs todos los pacientes aleatorizados (muestra ITT)

Variables	ITT (M/DV)	PP (M/DV)	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedad	12.22 (4.68)	12.32 (4.62)	-.336	.368
Depresión	13.67 (5.15)	13.58 (5.26)	.262	.397
Somatizaciones	14.34 (4.92)	14.02 (4.77)	1.058	.145
CdV global	2.91 (0.8)	2.89 (0.8)	.978	.132
CdV psicológica	16.80 (3.98)	16.82 (3.72)	-.046	.482
CdV física	22.39 (4.31)	22.11 (4.22)	1.038	.150
CdV social	9.08 (2.4)	9.04 (2.3)	.865	.121
CdV ambiental	25.56 (4.5)	25.76 (4.3)	-.457	.253

Nota: M: media; DV: desviación estándar; *t*: efecto de la prueba *t*; *p*: significación; CdV: calidad de vida; ITT: intención de tratar; PP: por protocolo; *t*: efecto de la prueba *t*; *p*: valor de significación.

ANEXO B. Instrumentos utilizados para la recogida de puntuaciones de síntomas emocionales, CdV y REDs.

GAD-7				
Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? <i>(Marque con un " " para indicar su respuesta)</i>	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?
(Marque con un "□" para indicar su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

SÍNTOMAS FÍSICOS (PHQ-15)

Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánta molestia ha tenido por cualquiera de los siguientes problemas?

	Sin molestia (0)	Un poco de molestia (1)	Mucha molestia (2)
a. Dolor de estómago	☐	☐	☐
b. Dolor de espalda	☐	☐	☐
c. Dolor en sus brazos, piernas o coyunturas (rodillas, caderas, etc.)	☐	☐	☐
d. Calambres menstruales u otros problemas con sus períodos <u>PARA MUJERES SOLAMENTE</u>	☐	☐	☐
e. Dolores de cabeza	☐	☐	☐
f. Dolores en el pecho	☐	☐	☐
g. Mareos	☐	☐	☐
h. Episodios de desmayos	☐	☐	☐
i. Ha sentido su corazón palpar o acelerarse	☐	☐	☐
j. Corto(a) de respiración	☐	☐	☐
k. Dolor o problemas durante la penetración sexual	☐	☐	☐
l. Estreñimiento, intestino suelto o diarrea	☐	☐	☐
m. Náusea, gas o indigestión	☐	☐	☐
n. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	☐	☐	☐
o. Ha tenido dificultad para dormir	☐	☐	☐

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (WHOQOL-BREF)

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1 ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?					
2 ¿Cuán satisfecho está con su salud?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3 ¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?					
4 ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5 ¿Cuánto disfruta de la vida?					
6 ¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?					
7 ¿Cuál es su capacidad de concentración?					
8 ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					
9 ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuán totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

	Nada	Un poco	Modera- do	Bastante	Totalmente
10 ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?					
11 ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?					
12 ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
13 ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?					
14 ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?					

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15 ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas

	Poco satisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16 ¿Cuán satisfecho está con su sueño?					
17 ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
18 ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?					
19 ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?					
20 ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?					
21 ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?					
22 ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?					
23 ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?					
24 ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?					
25 ¿Cuán satisfecho está con su transporte?					

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?

	Nunca	Rara-mente	Mediana-mente	Frecuente-mente	Siempre
26 ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos , tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?					

PSWQ (Meyer et al., 1990; Sandín et al., 2009)

Instrucciones: A continuación, encontrará una lista de enunciados relacionados con la forma de sentir y pensar que tienen las personas. Lea detenidamente cada uno de ellos y, **aplicándolos a usted**, conteste rodeando con un círculo el número que mejor se ajuste a su forma de sentir y pensar habitual.

Tenga en cuenta que existe un rango posible de 1 a 5:

1	2	3	4	5
No es en absoluto típico de mí	Es poco típico en mí	Es relativamente típico en mí	Es bastante típico en mí	Es muy típico en mí

1	Me agobian mis preocupaciones	1	2	3	4	5
2	Son muchas las circunstancias que hacen que me sienta preocupado/a	1	2	3	4	5
3	Sé que no debería estar tan preocupado/a por las cosas, pero no puedo hacer nada por evitarlo	1	2	3	4	5
4	Cuando estoy bajo estados de tensión tiendo a preocuparme muchísimo	1	2	3	4	5
5	Siempre estoy preocupado/a por algo	1	2	3	4	5
6	Tan pronto como termino una tarea, enseguida empiezo a preocuparme sobre alguna otra cosa que debo hacer	1	2	3	4	5
7	Toda mi vida he sido una persona muy preocupada	1	2	3	4	5
8	Soy consciente de que me he preocupado excesivamente por las cosas	1	2	3	4	5

RRS (Nolen-Hoeksma, S., 1991; Hervás, G., 2008)

Instrucciones: Ahora, aparecerán algunos enunciados acerca de lo que las personas piensan y hacen cuando se sienten tristes, deprimidas o abatidas. Por favor lea cada una de ellos y rodee con un círculo si usted piensa o actúa de esa manera cuando está abatido, triste o deprimido.

En esta ocasión el rango es de 1 a 4:

1 = Casi nunca; 2 = Algunas veces; 3 = A menudo; 4 = Casi siempre

<i>Cuando está abatido, triste o deprimido ...</i>					
1	Piensa: «¿Por qué tengo problemas que el resto de las personas no tienen?»	1	2	3	4
2	Piensa: «¿Por qué no puedo controlar las cosas mejor?»	1	2	3	4
3	Piensa: «¿Qué he hecho yo para merecerme esto?»	1	2	3	4
4	Piensa acerca de una situación reciente, anhelando que hubiera ido mejor	1	2	3	4
5	Piensa: «¿Por qué siempre reacciono de esta forma?»	1	2	3	4

MCQ-30 (Wells & Cartwright-Hatton, 2004; Ramos-Cejudo et al., (in press))

Instrucciones: Por último, aparecerán una serie de enunciados que hacen referencia a las creencias que las personas tienen sobre la forma en que funcionan sus propios pensamientos. Por favor, lea los enunciados y señale **en qué medida usted está de acuerdo** con cada uno de ellos.

Utilice un rango de 1 a 4:

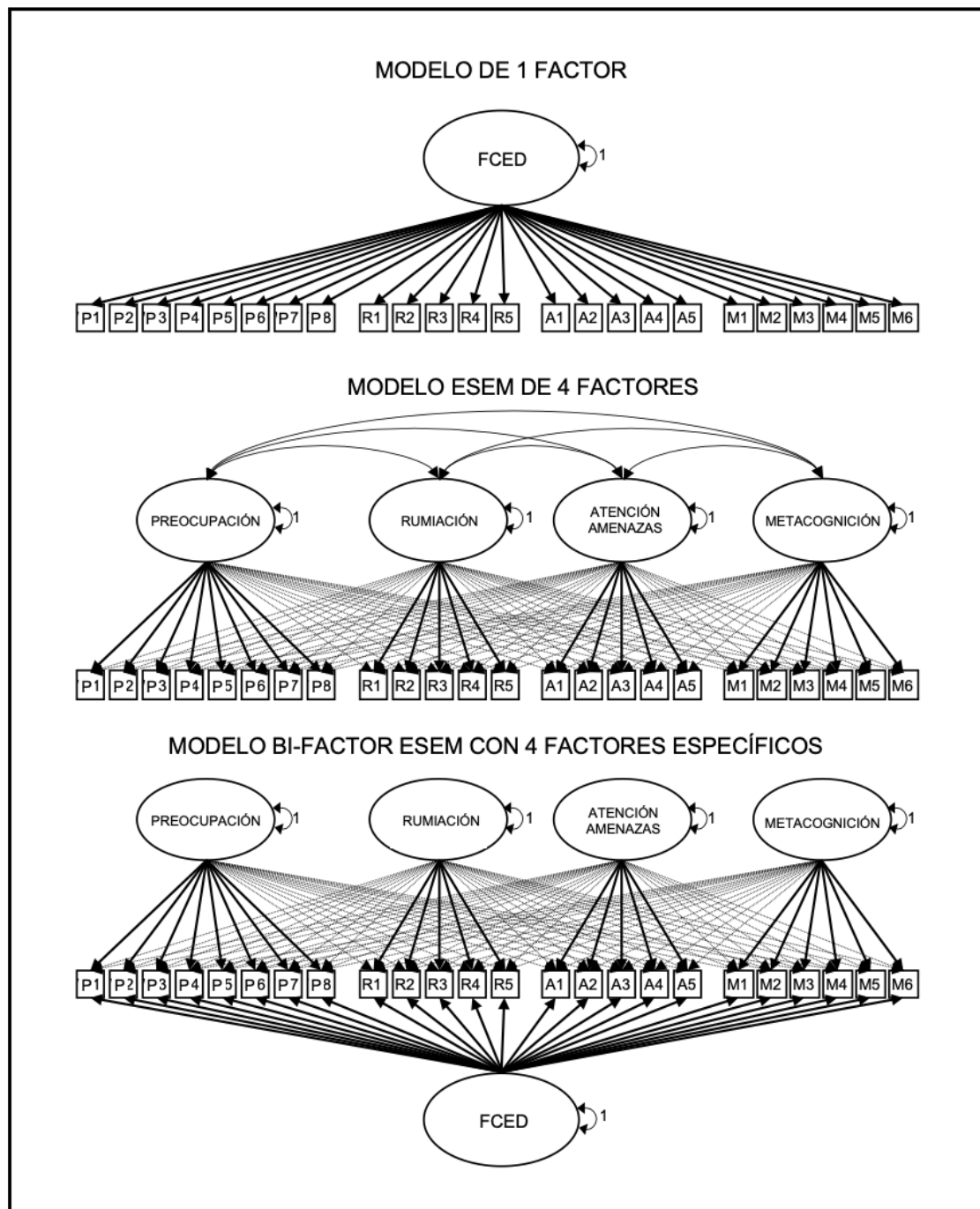
	1	2	3	4
	Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo
1.	Considero que preocuparme es peligroso para mí			1 2 3 4
2.	Podría llegar a enfermarse de preocupación			1 2 3 4
3.	Mis pensamientos preocupantes persisten, independientemente de cómo intente detenerlos			1 2 3 4
4.	No puedo ignorar los pensamientos que me preocupan			1 2 3 4
5.	Mi preocupación podría volverme loco			1 2 3 4
6.	Cuando empiezo a preocuparme no puedo parar			1 2 3 4

IACATA (Cano Vindel (in press))

Instrucciones: A continuación, evalúe de 0 a 4 la frecuencia con la que tiene los pensamientos que se describen.

0 = Casi nunca, 1 = Pocas veces, 2 = Unas veces sí y otras no, 3 = Muchas veces, 4 = Casi siempre

1	Pienso que estoy demasiado pendiente de mis síntomas de ansiedad (tasa cardíaca, respiratoria, etc.)	0	1	2	3	4
2.	Pienso que es muy probable que en un momento dado aumente mucho mi estado de ansiedad y no sepa controlarme	0	1	2	3	4
3.	Creo que tiendo a confundir mis síntomas de ansiedad (palpitaciones, respiración agitada, etc.) con otros problemas más serios que me asustan (e.g., ataque al corazón, mareo, pérdida de conciencia, volverme loco, etc.)	0	1	2	3	4
4.	Dedico mucha atención a pensamientos relacionados con temores y activación física	0	1	2	3	4
5.	Doy mucha importancia al malestar físico que produce la ansiedad	0	1	2	3	4



Nota: imagen extraída y traducida del artículo “*Evidence of a transdiagnostic cognitive-factor for the assessment of depression and anxiety disorders in primary care patients*” (Muñoz-Navarro et al. *under review*). Enviado y bajo revisión por pares en la revista *Depression and Anxiety*.

