

Utilidad clínica del Protocolo Unificado (PU) adaptado como un programa grupal breve administrado en el sistema público español de salud mental

Lucía Rodríguez-Blanco¹, Paula Calvo-Bieger², Álvaro Sánchez-López² y Enrique Baca-García³

¹ Centro de Salud Mental, Hospital Universitario General de Villalba, Villalba, España

² Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

³ Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

Clinical utility of the Unified Protocol (UP) adapted as a brief group program administered in the Spanish public mental health system

ABSTRACT

Objective: To examine the clinical utility of group therapy based on Barlow's Unified Protocol (UP) in addressing difficulties in emotional regulation, experiential avoidance, and anxiety symptoms. **Method:** A total of 55 patients (ages 18-65, $M_{age} = 48$) participated in an 8-session, in-person group program emphasizing mindfulness strategies at the Mental Health Center (CSM) of Villalba Hospital (Madrid). **Results:** Significant reductions in anxiety symptoms and difficulties in emotional regulation were observed between pre- and post-treatment. No significant changes were found in experiential avoidance. However, a preliminary analysis indicated a relationship between reductions in experiential avoidance, improvements in emotional regulation, and a decrease in anxiety symptoms. **Conclusions:** The results support further research into these group treatment for patients with emotional difficulties within the Spanish public mental health system.

Keywords: Unified Protocol; UP; anxiety; group therapy; transdiagnostic; mindfulness.

RESUMEN

Objetivo: Examinar la utilidad clínica de una terapia grupal basada en el Protocolo Unificado (UP) de Barlow para reducir las dificultades de regulación emocional, evitación experiencial y síntomas ansiosos. **Método:** Un total de 55 pacientes (18-65 años, $M_{edad} = 48$) atendidos por el Centro de Salud Mental (CSM) del Hospital de Villalba (Madrid) participaron en un programa grupal presencial de 8 sesiones con énfasis en las estrategias de mindfulness. **Resultados:** Entre el pre- y el post-tratamiento, la sintomatología ansiosa y las dificultades de regulación emocional disminuyeron significativamente sin encontrarse cambios significativos en la evitación experiencial. Por otro lado, un análisis preliminar muestra una relación entre las reducciones en la evitación experiencial, la mejoría en la regulación emocional y la reducción de los síntomas ansiosos. **Conclusiones:** Los resultados apoyan la importancia de seguir investigando esta adaptación en formato grupal para el tratamiento de pacientes con dificultades emocionales atendidos en el sistema público de salud mental español.

Palabras clave: Protocolo Unificado; UP; ansiedad; tratamiento grupal; transdiagnóstico; mindfulness.

Introducción

Los trastornos de ansiedad tienen una alta incidencia en la sociedad y son los problemas psicológicos con mayores niveles de prevalencia en España, según

Recibido: 26 de junio de 2024; aceptado: 07 de marzo de 2025.
 Correspondencia: Lucía Rodríguez-Blanco, Hospital Universitario General de Villalba, M-608 Carretera, M-608, Km 41, 28400 Collado Villalba, Madrid, España. Correo-e: lucia.rodriguez@quironsalud.es

datos recientes del Ministerio de Sanidad (2021). Según estos datos, los trastornos de ansiedad afectan al 6.7% de la población (8.8% en mujeres, 4.5% en hombres). Además, si se incluyen signos/síntomas de ansiedad con significación clínica, al margen del cumplimiento de criterios diagnósticos para trastornos concretos, este porcentaje aumenta hasta un 10.4%. Es importante mencionar también cómo el COVID-19 tuvo un impacto psicológico significativo en España (Sandín et al., 2020) e incrementó la prevalencia de los trastornos de ansiedad en un 25.6% a nivel mundial, según un informe emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022). De hecho, los datos más actuales sobre salud mental en nuestro país, como los recogidos por algunos estudios realizados en 2022, indican que el 17.4% de la población ha sido diagnosticada alguna vez con algún trastorno o problema de salud mental, siendo los trastornos de ansiedad (63%) y los trastornos depresivos (56.3%) los más frecuentes (Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña, 2023).

Si los trastornos de ansiedad no se tratan adecuadamente su curso tiende a cronificarse, afectando de forma significativa a todas las áreas de la vida del individuo, como el trabajo y relaciones sociales, y perturbando notablemente la vida de quienes lo padecen (Barlow et al., 2018). Como recogen González-Blanch et al. (2020), numerosas investigaciones han mostrado que, debido a su alta prevalencia, la baja tasa de casos de ansiedad tratados y las pocas personas que reciben tratamientos basados en la evidencia, estos trastornos tienden a generar a largo plazo cronicidad, comorbilidad, discapacidad y altos costes económicos. Es por todo esto que la sintomatología ansiosa requiere tratamientos que sean accesibles y efectivos.

El tratamiento psicológico, concretamente la terapia cognitivo conductual, resulta actualmente el tratamiento de elección en los trastornos de ansiedad (Craske y Stein, 2016; González-Blanch et al., 2020; Kaczurkin y Foa, 2015; Sandín et al., 2020). Si bien este tipo de aproximación ha mostrado ser efectiva para muchos pacientes con diferentes trastornos de ansiedad, también presenta sus limitaciones (González-Blanch et al., 2020; Osma et al., 2020). Concretamente, al dirigirse a un trastorno de ansiedad específico, no tienen en cuenta el problema de la comorbilidad (González Pando et al., 2018), algo muy frecuente entre los trastornos emocionales, altamente comórbidos entre sí. Específicamente, existen altos grados de comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y la depresión (Choi et al., 2020; Demyttenaere y Heirman, 2020; Sandín et al., 2020), por lo que las intervenciones centradas en tratar sintomatologías específi-

cas pueden a menudo no resultar útiles para asistir a muchos pacientes con sintomatologías emocionales más amplias e interrelacionadas. Esto ha llevado en los últimos años a considerar otro tipo de alternativas de tratamiento transdiagnóstico, especialmente en relación con los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos (Sandín et al., 2012), los cuales han mostrado eficacia (García-Escalera et al., 2016). Estos tratamientos abarcan un grupo heterogéneo de intervenciones dirigidas a tratar una gama más amplia de sintomatologías asociadas y comórbidas entre trastornos, atendiendo más bien a intervenir en los mecanismos causales de estas problemáticas, pudiendo aplicarse para tratar varios trastornos (Schaeuffele et al., 2021).

En esta línea, el protocolo transdiagnóstico más consistente y con mayor grado de validez empírica (Sandín et al., 2020) ha sido el *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders* (UP) desarrollado por Barlow et al. (2018, 2019). En la definición de su propuesta terapéutica, Barlow et al. (2018) plantean que el enfoque transdiagnóstico debe remarcar el papel central de la regulación emocional a la hora de entender y tratar de modo efectivo los trastornos emocionales. Concretamente, definen la regulación emocional como “las estrategias que las personas realizan para influir/modificar las experiencias emocionales que experimentan, esto es, estrategias dirigidas a mantener, aumentar o suprimir un determinado estado emocional” (Barlow et al., 2019). Por el contrario, la desregulación emocional denotaría un uso rígido y desadaptativo de las estrategias de regulación emocional o la incapacidad de elegir la estrategia más adecuada para alcanzar los objetivos (Hilt et al., 2011).

Gratz y Roemer (2004), quienes se centraron en examinar los déficits generales en el funcionamiento emocional, identificaron una serie de dificultades de regulación emocional que podrían de modo global contribuir al inicio y mantenimiento de los trastornos emocionales como la ansiedad. Estos autores diferencian las facetas de dificultades de regulación emocional en términos de problemas en: conciencia y comprensión de las emociones, aceptación de las emociones, capacidad para controlar/inhibir conductas impulsivas ante la experiencia de emociones negativas y comportarse de acuerdo con los objetivos deseados y, por último, en la habilidad para utilizar de manera flexible las estrategias de regulación emocional en función de la situación. En este sentido, Gratz y Roemer (2004) afirman que la ausencia relativa de alguna o de todas estas habilidades, indicaría la presencia de dificultades de regulación emocional o desregulación, las cuales se han visto relacionadas con problemas emocionales como la ansiedad a través de

múltiples estudios en diferentes grupos de edad (Hallion et al., 2018; Ruan et al., 2023).

Una de las estrategias de regulación emocional más comúnmente utilizadas e implicada en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales es la evitación experiencial/emocional (Barlow et al., 2018; González-Blanch et al., 2020; Sandín et al., 2020). La evitación experiencial es definida por Hayes-Skelton y Eustis (2020) como la falta de voluntad del individuo de permanecer en contacto con aquellas experiencias internas que considera negativas o angustiosas además de intentar controlarlas o evitarlas. Aunque aparentemente las estrategias basadas en la evitación puedan producir bienestar a corto plazo, a largo plazo incrementan la sintomatología emocional y el malestar (Hayes-Skelton y Eustis, 2020; McCluskey et al., 2022; Osma et al., 2020; Sloan, 2004). De hecho, se ha confirmado el papel que tienen este tipo de estrategias desadaptativas de regulación emocional en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas ansiosos y depresivos comunes en los trastornos emocionales (Barlow et al., 2018; McCluskey et al., 2022). Éste es, por tanto, un mecanismo central a considerar a la hora de desarrollar intervenciones transdiagnósticas dirigidas a mejorar la regulación emocional.

Por otro lado, entre los tratamientos psicológicos que han abordado la desregulación emocional se encuentran los tratamientos contextuales (De la Viuda-Suárez y Posada, 2020; Reyes-Ortega et al., 2023). Como indican estos mismos autores, la perspectiva contextual enfoca su atención en los elementos ambientales y contextuales del individuo como elemento central al abordar la comprensión de los problemas psicológicos y su tratamiento. En este enfoque se incluyen algunas terapias que utilizan estrategias integradas en el protocolo de Barlow, como la terapia basada en el mindfulness o atención plena. La atención plena es la consciencia de los estados internos y del entorno (Creswell, 2017). Esto puede ayudar a las personas a reducir hábitos y respuestas destructivas o automáticas aprendiendo a observar sus pensamientos, emociones y otras experiencias del momento presente sin juzgarlas ni reaccionar ante ellas (véase también American Psychological Association [APA], s.f.). Este proceso se lleva a cabo mediante la autorregulación de la atención y adoptando una actitud orientada al presente, donde se acepta la experiencia, tanto interna como externa, sin emitir juicios (González-Blanch et al., 2020). En este sentido, son varios los estudios que apoyan empíricamente que la práctica del mindfulness reduce los síntomas ansiosos (Craigie et al. 2008; Hofmann y Gómez, 2017; McCluskey et al., 2022) y, por tanto, hacen prometedora su mayor integración dentro de los protocolos

transdiagnósticos de intervención para los trastornos emocionales.

En este sentido, se ha estudiado el papel de la práctica de mindfulness en las mejoras directas en la regulación emocional a lo largo de los años, con amplia evidencia mostrando que la atención plena puede promover una regulación adaptativa de las emociones (p.ej., Peixoto y Gondim, 2020) y facilitar el despliegue de la atención y la cognición (p.ej., Iani et al., 2019). Hayes y Feldman (2004) establecieron una clara relación entre la práctica del mindfulness con una menor evitación experiencial, supresión y preocupación. Por contra, Desrosiers et al. (2013) relacionaron la falta de mindfulness con más preocupación, rumiación, neuroticismo y evitación experiencial. De este modo, en base a todos los beneficios del mindfulness tanto en la reducción de síntomas ansiosos como en la mejora de la regulación emocional, su práctica fue introducida de forma breve en algunos módulos originales del UP de Barlow (Barlow et al. 2018).

La eficacia del UP (Barlow et al., 2018) para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales ha sido puesta a prueba por numerosos estudios en diferentes países y a lo largo de los años, tanto en formato individual como grupal, incluyendo Estados Unidos (Bullis et al., 2014; Ellard et al., 2017; Steele et al., 2018) en Estados Unidos, Japón (Ito et al., 2016), Irán (Bamesghi et al., 2019; Zemestani et al., 2017), Italia (Carlucci et al., 2021), y España (Osma et al., 2019). El trabajo del grupo de Osma ha sido especialmente relevante, ya que ha puesto a prueba el UP de Barlow en España en diferentes trastornos mentales y condiciones médicas (Osma et al., 2021b; Peláez et al., 2024) y en el entorno clínico de la salud mental pública, tanto en formato individual (Osma et al., 2021a) como grupal (Castellanos et al., 2015; Osma et al., 2018, 2022; Peris-Baquero y Osma, 2023), encontrando beneficios a largo plazo (Osma et al., 2022; Peris-Baquero y Osma, 2023) y rentabilidad económica en su aplicación (Peris-Baquero et al., 2022) en ese contexto. Así mismo, el UP ha demostrado eficacia clínica en su versión española para adolescentes (Espinosa et al., 2024).

La implementación de la versión española grupal del Protocolo Unificado (PU) desarrollada por el grupo de Osma (Osma, 2023; Osma et al., 2018, 2022) sigue una estructura rigurosa, aplicándose en 12 sesiones de dos horas, respetando de manera estricta los lineamientos del protocolo original de Barlow. Además, este protocolo es generalmente administrado por psicólogos formados para ello, que no son los profesionales habituales que atienden en la sanidad pública en España. En contraste, nuestra propuesta contempla

modificaciones más ecológicas y basadas en las demandas del sistema como la reducción en la duración de las sesiones de 12 a 8 (altas listas de espera) y su implementación por parte de los psicólogos clínicos ya integrados en el sistema público de salud mental. La versión del protocolo que se propone es menos ajustada al protocolo original, permitiendo una adaptación flexible a las necesidades concretas de los pacientes, además de la incorporación de técnicas de mindfulness en todas las sesiones, lo cual no forma parte del protocolo original.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto anteriormente acerca de los beneficios del mindfulness en la regulación emocional, sería posible plantear que este tipo de protocolo transdiagnóstico podría beneficiarse e incrementar su efectividad en el tratamiento de sintomatología emocional como la ansiosa a través de una mayor inclusión de componentes de mindfulness. Tal aproximación, podría incrementar la efectividad del protocolo para mejorar los procesos de desregulación asociados a la sintomatología ansiosa y, consiguientemente, a la reducción de esta y otras sintomatologías comórbidas.

En base a este planteamiento, el presente estudio consistió en la elaboración y evaluación preliminar de una terapia grupal de regulación emocional basada en el protocolo UP de Barlow, pero más breve que la evaluada hasta la fecha en España (Castellanos et al., 2015; Osma et al., 2018, 2022; Peris-Baquero y Osma, 2023) y con un énfasis en la utilización del mindfulness. Además, también se realizó un análisis exploratorio sobre los mecanismos de cambio específicos que se asocian con la mejora de los síntomas ansiosos de los participantes que reciben este tipo de intervención.

Metodología

Procedimiento

El estudio se llevó a cabo en Centro de Salud Mental del Hospital Universitario General de Villalba (Madrid). Entre noviembre de 2018 y noviembre de 2023 se evaluaron un total de 6 grupos de terapia en las instalaciones del Hospital. Cada uno de los grupos de terapia estuvo formado por un máximo de 10 personas (rango 8-10) y tuvo una duración de 8 sesiones semanales. La intervención grupal fue dirigida por la psicóloga clínica del hospital (LRB).

Los participantes fueron pacientes derivados a la consulta de psicología clínica del hospital por parte de su médico de cabecera. Estos pacientes estaban en seguimiento exclusivamente psicológico (no recibían tratamiento por parte de psiquiatría), pero no mantuvieron

seguimiento psicológico individual durante el periodo de intervención grupal. La psicóloga, especialista en psicología clínica y responsable de la consulta de psicología de adultos del servicio (LRB) cotejaba si los consultantes cumplían los criterios de inclusión para participar en el estudio a través de una sesión de evaluación utilizando la técnica de la entrevista clínica.

Para ser incluidos en la terapia grupal los participantes debían cumplir los siguientes criterios de inclusión: a) padecer síntomas de ansiedad, depresión y/o desregulación emocional moderado o moderados-graves, incluyendo diagnósticos de trastorno de ansiedad (F.40-F.41) y reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (F.43) según CIE-10 (OMS, 1992), pudiendo incluir comorbilidad entre estos diagnósticos; b) tener 18 años o más; c) ser fluido en el idioma en el que se realiza la terapia (español); d) poder asistir a las sesiones de tratamiento y firmar el formulario de consentimiento informado; e) comprometerse a notificar la introducción de tratamiento psicofarmacológico. Los criterios de exclusión fueron: a) presentar un trastorno de abuso de sustancias activo, clínica psicótica, trastorno grave de la personalidad o una discapacidad intelectual que impidiese el seguimiento del grupo; b) estar realizando seguimiento psicológico o psiquiátrico en otro ámbito.

Para cada uno de los grupos de pacientes, antes de comenzar con la primera sesión de intervención propiamente dicha, se recogieron los consentimientos informados por escrito para participar en el estudio, aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (HUFJD) con número de aprobación PIC 120/2016_FJD-HIE-HRJC-HGV. El HUFJD está conectado con el Hospital de Villalba bajo la misma red hospitalaria y comparten departamento de Psiquiatría. Al principio de esta primera sesión de tratamiento también se aplicaron los cuestionarios pretratamiento en papel y lápiz.

Los diagnósticos principales de los participantes según la CIE-10 (OMS, 1992) se pueden encontrar en la Tabla 1.

Tabla 1. Número de pacientes por cada diagnóstico principal específico

Diagnóstico principal (CIE-10; OMS, 1992)	n (%)
F41.0 Trastorno de pánico	2 (4 %)
F40.2 Fobias específicas	6 (11%)
F40.1 Fobias sociales	8 (15%)
F41.1 Ansiedad generalizada	8 (15%)
F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo	22 (40%)
F43.2 Trastornos de adaptación	25 (45%)

Participantes

Los participantes de este estudio fueron 55 pacientes en seguimiento en consultas ambulatorias de salud mental del Hospital Universitario General de Villalba, en la Comunidad de Madrid (72.7% mujeres y 27.3% hombres) con edades comprendidas entre los 18 y 65 años y una edad media de 48 años ($DT = 6.2$). De estos pacientes un 45% cumplió criterios diagnósticos para un trastorno de adaptación, un 40% cumplió criterios para un trastorno mixto ansioso-depresivo, un 15% cumplió criterios para un trastorno de ansiedad generalizada, un 15% cumplió criterios para una fobia social, un 11% cumplió criterios para una fobia específica y un 4% cumplió criterios para un trastorno de pánico.

El grupo consistió en 8 sesiones con una duración de entre 60 y 90 minutos cada una. La sesión 5 y la 6 duraron 60 minutos, mientras que las restantes duraron 90 minutos. Cabe mencionar que cada una de las sesiones

se adaptaba a las experiencias de los participantes con la finalidad de hacerla más dinámica y participativa, además de para poder relacionar la parte teórica trabajada con las vivencias de cada uno de ellos. Todas las sesiones comenzaban con una parte teórica, en base al modelo del UP de Barlow, y terminaban con un ejercicio de mindfulness adaptado a éste. En total, se recogieron datos de participantes en 9 grupos diferentes a lo largo de dicho período. Los datos correspondieron a aquellos pacientes que completaron el total del programa y proporcionaron todos los datos pre y postratamiento. El proceso de selección y seguimiento de los participantes se explicita en la Figura 1.

Instrumentos

A los participantes se les entregó un protocolo de evaluación, tanto en el pretratamiento como en el postratamiento, formado por las siguientes pruebas estandarizadas:

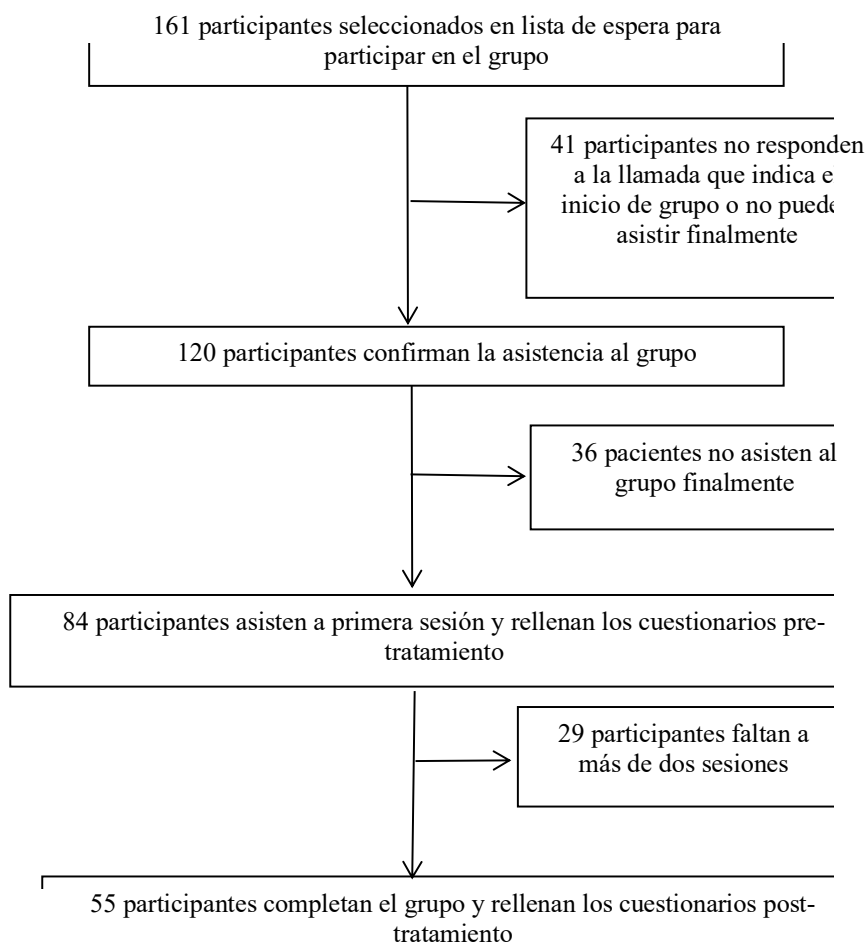


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección y seguimiento de los participantes.

Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS; Hervás y Jódar, 2008). Esta escala, creada por Gratz y Roemer (2004) y adaptada al español por Hervás y Jódar (2008), está compuesta por 28 ítems con una escala Likert de 1 a 5 (donde el 1 indica *casi nunca* (0-10%), el 2 *algunas veces* (11-35%), el 3 *la mitad de las veces* (36-65%), el 4 *la mayoría de las veces* (66-90%) y el 5 *casi siempre* (91-100%). Su finalidad es medir las dificultades de regulación emocional a través de una puntuación total sobre 140 puntos (a mayor puntuación peor regulación emocional) y a través de 5 subescalas: atención-desatención (ítems 2, 6, 7 y 9; p.ej., “presto atención a cómo me siento”), claridad-confusión (ítems 1, 4, 5 y 8; p.ej., “percibo con claridad mis sentimientos”), aceptación-rechazo (ítems 10, 11, 18, 19, 20, 23 y 24; p.ej., “cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme así”), funcionamiento-interferencia (ítems 12, 16, 21 y 27; p.ej., “cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante”) y regulación-descontrol (ítems 3, 13, 14, 15, 17, 22, 25, 26 y 28; p.ej., “vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control”). Todas las subescalas, así como la puntuación total del DERS, cuentan con indicadores de buena consistencia interna en investigaciones previas y en el presente estudio, tanto en el pretratamiento (Puntuación total: $\alpha = .81$; Atención: $\alpha = .78$; Claridad $\alpha = .80$; Aceptación $\alpha = .91$; Funcionamiento $\alpha = .88$ y Regulación $\alpha = .89$) como en el postratamiento (Puntuación total $\alpha = .85$; Atención $\alpha = .86$; Claridad $\alpha = .82$; Aceptación $\alpha = .91$; Funcionamiento $\alpha = .85$ y Regulación $\alpha = .87$).

Cuestionario de Evitación Experiencial (AAQ-11; Patrón, 2010). Este cuestionario fue creado por Hayes et al. (2004) y adaptado al español por Patrón (2020) con la finalidad de medir la evitación experiencial. Consta de 10 ítems puntuados en escala Likert de 1 a 7 (donde 1 es *completamente falso*, el 2 *rara vez cierto*, el 3 *algunas veces cierto*, el 4 a veces cierto, el 5 *frecuentemente cierto*, el 6 *casi siempre cierto* y el 7 *completamente cierto*) con una puntuación máxima de 70 (a mayor puntuación mayor evitación experiencial). Algunos ejemplos de estos ítems son: “evito o escape de mis sentimientos”, “mis emociones me causan problemas en la vida” y “mis preocupaciones obstaculizan mi superación”. La puntuación total en este cuestionario determina los niveles de evitación experiencial. Este índice ha mostrado una buena consistencia interna en sus validaciones previas, así como en el presente estudio, tanto en el pretratamiento ($\alpha = .81$), como en el postratamiento ($\alpha = .85$).

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger et al., 1970). Este cuestionario, creado por Spielberger et al. en 1970 y adaptado al español por

Spielberger et al. (1971), mide la ansiedad estado-rasgo a través de 40 ítems (a mayor puntuación mayor grado de ansiedad). Los primeros 20 ítems evalúan ansiedad estado, definido por TEA (s.f.) como “un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo”. Para su medición se utiliza una escala Likert de 0 a 3 (donde el 0 indica *nada*, el 1 *algo*, el 2 *bastante* y el 3 *mucho*). Por otro lado, los siguientes 20 ítems miden ansiedad rasgo, definido de nuevo por TEA (s.f.) como “una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras”. Estos ítems también se miden a través de una escala Likert de 0 a 3 (donde el 0 indica *casi nunca*, el 1 *a veces*, el 2 *a menudo* y el 3 *casi siempre*). Tanto las puntuaciones totales en ansiedad rasgo como en ansiedad estado presentan buenas propiedades psicométricas en investigaciones previas, y contaron con una buena consistencia interna en este estudio, tanto en el pretratamiento (Ansiedad Estado $\alpha = .95$; Ansiedad Rasgo $\alpha = .89$) como en el postratamiento (Ansiedad Estado $\alpha = .94$; Ansiedad Rasgo $\alpha = .91$).

Intervención

La intervención estuvo basada en el UP de Barlow, pero incluyó una serie de variaciones. El protocolo de Barlow incluye distintos módulos de tratamiento. El primero: “estableciendo objetivos y mantenimiento la motivación” (módulo 1) se utilizó como guía para la sesión de evaluación clínica previa al grupo, en la que se aplicó el ejercicio de balance decisional que se incluye en el manual. El módulo “comprendiendo las emociones” (módulo 2) se abordó en nuestra intervención específicamente en las primeras cuatro sesiones a través de la psicoeducación de las emociones, haciendo hincapié en la importancia de su identificación para una respuesta consciente y más funcional ante las mismas. La “conciencia emocional plena” (módulo 3) se apoyó en ejercicios experienciales de mindfulness al final de cada sesión con complejidad progresiva. El módulo de “flexibilidad cognitiva” (módulo 4) se abordó en nuestra intervención principalmente entre las sesiones cinco y siete, en las que se dio información sobre los distintos estilos de pensamiento para tomar conciencia sobre los mismos y sobre los perjuicios de la rigidez cognitiva. Se trabajó la flexibilidad también a través de ejercicios de mindfulness, con especial relevancia para este módulo del ejercicio de mindfulness centrado en los pensamientos, cuyo principal objetivo fue detectar pensamientos sin ánimo de luchar contra ellos. El módulo “oponiendo-

se a las conductas emocionales” (módulo 5) que se focaliza en la comprensión del rol de las conductas en el mantenimiento de los trastornos, se trató de manera puntual en la sesión tres, y se abarcó de manera transversal a lo largo de las diferentes sesiones (principalmente en las sesiones que incluyeron psicoeducación sobre las emociones) haciendo hincapié en los mecanismos de evitación experiencial como perpetuadores de los problemas emocionales. Los módulos “comprender y tolerar las sensaciones físicas” (módulo 6) y “exposiciones emocionales” (módulo 7) se trabajaron entre las sesiones 3 a 8 mediante la psicoeducación sobre las manifestaciones corporales de las emociones y los ejercicios de mindfulness de exposición a emociones y sensaciones.

El protocolo de Barlow incluye un módulo final (módulo 8) “reconocer tus logros y mirar hacia el futuro”. En nuestro grupo también se realizó una sesión final de cierre y de repaso con la finalidad de mantener los logros obtenidos, que se centró en fomentar el desarrollo de estrategias de autocuidado para reducir la vulnerabilidad emocional y posibles recaídas. Aunque el UP de Barlow incluye prácticas de mindfulness, este no es el enfoque principal del protocolo. A fin de estar más centrado en el trabajo del mindfulness como estrategia principal de regulación emocional a lo largo de las diferentes sesiones de la terapia, en cada sesión de esta intervención se incluyó la práctica de diferentes ejercicios de mindfulness en relación con lo trabajado. Además, en nuestra intervención se refuerza el trabajo de mindfulness en las dos últimas sesiones, al focalizar en la conciencia plena de la experiencia vital, incluyendo las sensaciones agradables. En la Tabla 2 puede verse de forma específica el contenido de cada sesión.

Análisis estadísticos

Una vez recogida y codificada toda la información, se realizó el análisis de datos mediante el programa estadístico SPSS, versión 26. En primer lugar, antes de comenzar a realizar el análisis completo de los datos para testar las hipótesis principales, se llevaron a cabo pruebas de identificación de outliers (i.e., puntuaciones superiores a dos desviaciones estándar por encima o debajo de la puntuación media de la muestra en cada variable) para estimar si en las diferentes pruebas habría alguna puntuación que fuese extrema y de la que hubiese que prescindir para los análisis principales de la investigación. A continuación, se procedió a realizar la estimación completa de valores descriptivos de la muestra (i.e., puntuaciones medias, máxima y mínima y desviación estándar) de cada una de las variables analizadas tanto en las evaluaciones pre- como en el post-tratamiento.

Seguidamente, se llevaron a cabo las pruebas principales para evaluar el impacto del programa, a través del contraste de cambios observados del pre- al postratamiento en cada una de las variables principales: i.e., cambios pre-post en evitación experiencial, dificultades de regulación emocional y sintomatología ansiosa, mediante pruebas *t* de Student de medidas dependientes, con significación de $p < .05$. Finalmente, se llevó a cabo un análisis exploratorio de relaciones entre variables, con el fin de analizar los posibles mecanismos de cambio asociados al tratamiento. Para ello, se estimaron las puntuaciones de cambio del pre- al postratamiento en cada una de las variables principales de evitación experiencial, dificultades de regulación emocional y sintomatología ansiosa, mediante cálculo de puntuaciones delta, y se analizaron las relaciones entre dichas variables de cambio mediante el uso de correlaciones bivariadas *r* de Pearson, con significación de $p < .05$.

Resultados

Las pruebas de identificación de outliers no mostraron ningún valor atípico y, por tanto, ningún participante fue excluido de los análisis. En la Tabla 3 se presentan de manera detallada los estadísticos descriptivos de cada una de las variables de interés en el pre y postratamiento en cada una de las variables de interés.

Como se detalla arriba, con la finalidad de evaluar el impacto del programa para reducir la evitación experiencial, dificultades de regulación emocional y sintomatología ansiosa, se realizaron pruebas *t* de medidas dependientes, comparando las puntuaciones pre y postratamiento de cada una de dichas variables. Como puede verse en la Tabla 3, los resultados indicaron que la terapia grupal redujo significativamente la ansiedad rasgo y la ansiedad estado, así como las dificultades totales de regulación emocional, y, dentro de éstas, concretamente las dificultades en la subescala de regulación. No se observaron cambios significativos del pre al postratamiento a nivel grupal en el resto de las subescalas de la DERS. Con respecto a la variable de evitación experiencial, se observó un descenso en las puntuaciones medias de 2.49 puntos tras la aplicación de la terapia, si bien la diferencia entre el pre y el postratamiento no fue significativa.

Análisis exploratorio de relaciones entre variables

Con la finalidad de estudiar la relación entre las variables de estudio y su implicación en la reducción de la sintomatología ansiosa tras la aplicación del programa, se llevaron a cabo análisis de correlaciones bivariadas *r* de Pearson entre las medidas de cambio del pre al pos-

Tabla 2. Resumen sesión a sesión de la intervención administrada

Sesión	Contenidos	Trabajo en mindfulness
Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega y firma de consentimiento informado, y entrega de cuestionarios que se traerán rellenos a la siguiente sesión en caso de no terminar en el tiempo establecido para ello (15 primeros minutos). - Presentación y encuadre terapéutico. Se explica a los pacientes el calendario y la duración de las sesiones. - Motivación, disposición al cambio y compromiso con el tratamiento. Se incide en la importancia de acudir a todas las sesiones. - Presentación de los integrantes del grupo. - Breve psicoeducación sobre la importancia de la regulación emocional. Se introduce la idea de la conciencia emocional sin juzgar según establecido en el protocolo de Barlow. - Breve psicoeducación sobre la atención plena/mindfulness. 	15-20 minutos de ejercicio de mindfulness guiado centrado en la atención plena a los sonidos.
Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> - Breve repaso y dudas de la sesión anterior. - Análisis de las experiencias emocionales según protocolo de Barlow. - Psicoeducación emocional a partir de información aportada por los pacientes: <ul style="list-style-type: none"> • Función de la emoción. Se habla sobre la función que cumple cada emoción y lo relevante de las mismas para la supervivencia y la vida plena. • Diferenciación entre ansiedad, miedo y estrés. • Explicación triple sistema de respuesta (cognitivo, fisiológico y conductual) y su interrelación. • El papel de nuestra conducta en el mantenimiento de los problemas. 	15-20 minutos de ejercicio de mindfulness guiado centrado en la atención plena respiración.
Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> - Breve repaso y dudas de la sesión anterior. - Se continúa psicoeducación sobre las emociones básicas (miedo, tristeza, ira) explicando: <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de respuesta para cada emoción. • Función de las distintas emociones. • Reconocimiento e identificación emocional a través de ejemplos y testimonios de los pacientes. 	15-20 minutos de ejercicio de mindfulness guiado centrado en la atención a las sensaciones corporales.
Sesión 4	<ul style="list-style-type: none"> - Breve repaso y dudas de la sesión anterior. - Se termina psicoeducación sobre las emociones básicas (asco, sorpresa, alegría) siguiendo esquema de la sesión anterior. Se insiste en la función del cuerpo a la hora de expresar, pero también de regular nuestras emociones y se habla de acciones corporales que permiten regular nuestras emociones como el ejercicio físico o la respiración. - Identificación de emociones secundarias, derivadas de nuestra evaluación de las emociones primarias (énfasis en la culpa y la vergüenza, aunque se da espacio a lo que traigan los pacientes). 	15-20 minutos de ejercicio de mindfulness guiado centrado en movimientos corporales.
Sesión 5	<ul style="list-style-type: none"> - Breve repaso y dudas de la sesión anterior. - Se pide a los pacientes que realicen el ejercicio de unión de 9 puntos con cuatro líneas. Tras darles un tiempo se reflexiona sobre cómo la rigidez cognitiva nos dificulta la resolución de este problema, que requiere de un pensamiento flexible. - Se utiliza el ejercicio como metáfora para introducir la importancia que tienen nuestros esquemas aprendidos y nuestros pensamientos automáticos y cómo estos cuando son rígidos nos impiden solucionar problemas, como los propios conflictos emocionales. Revisamos juntos nuestros esquemas y qué factores nos influyen (cultura, sexo, edad, experiencias vitales...). 	15-20 minutos de ejercicio de mindfulness guiado centrado en atención plena a los pensamientos.
Sesión 6	<ul style="list-style-type: none"> - Breve repaso y dudas de la sesión anterior. - Explicación de la evaluación automática y los errores de pensamiento. - Casos prácticos basados en módulo de evaluación cognitiva del protocolo de Barlow. 	15-20 minutos de ejercicio de mindfulness guiado centrado en la tolerancia al malestar (se recupera una emoción vivida desagradable y posteriormente se comparten las sensaciones).
Sesión 7	<ul style="list-style-type: none"> - Breve repaso y dudas de la sesión anterior. - Identificación de los estilos de pensamiento de los pacientes a lo largo de la semana. - Identificación y afrontamiento de las sensaciones físicas según protocolo de Barlow. - Analizar y pensar sobre las cosas que hacen que los pacientes se encuentren mejor emocionalmente, también a nivel físico. - Identificación de experiencias sensoriales placenteras. 	15-20 minutos de ejercicio de mindfulness guiado centrado en la búsqueda de sensaciones agradables.
Sesión 8	<ul style="list-style-type: none"> - Repaso de las sesiones anteriores. - Estrategias de autocuidado para reducir la vulnerabilidad emocional de cara a afrontar mejor las dificultades en el futuro (higiene del sueño, alimentación, actividades placenteras, vida social, ejercicio). - Cumplimentación de cuestionarios. - Despedida y cierre. 	15-20 minutos de ejercicio de mindfulness guiado centrado en el agradecimiento y la compasión.

Tabla 3. Resultados principales del estudio

Variables de estudio	Pre- <i>M (DT)</i>	Post- <i>M (DT)</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d (Cohen)</i>
Evitación experimental (AAQ-11)	44.31 (11.38)	41.82 (11.96)	1.55	53	ns	0.21
Dificultades de atención (DERS)	10.53 (3.93)	10.80 (3.79)	-0.52	54	ns	-0.07
Dificultades de claridad (DERS)	10.29 (4.08)	9.69 (3.78)	1.40	54	ns	0.19
Dificultades de aceptación (DERS)	24.05 (7.47)	22.40 (7.35)	1.89	54	ns	0.26
Dificultades de funcionamiento (DERS)	15.33 (3.98)	14.85 (7.99)	0.41	54	ns	0.06
Dificultades de regulación (DERS)	27.18 (8.94)	25.18 (7.69)	2.14	54	.037	0.29
Dificultades regulación total (DERS)	87.38 (20)	81.87 (20.37)	2.53	54	.014	0.34
Ansiedad estado (STAI)	32.67 (13.25)	2.07 (12.05)	2.85	54	.006	0.39
Ansiedad rasgo (STAI)	35.42 (9.39)	32.20 (10.24)	2.79	53	.007	0.38

Nota. STAI: Cuestionario Ansiedad Estado-Rasgo; AAQ-11: Cuestionario de Evitación Experiencial; DERS: Escala de Dificultades de Regulación Emocional.

tratamiento de las variables de interés. Este análisis se llevó a cabo mediante puntuaciones delta (i.e., la diferencia entre la puntuación en el post menos la puntuación en el pretratamiento en la variable correspondiente). Los resultados obtenidos, sintetizados en la Tabla 4, mostraron correlaciones significativas entre las mejoras en evitación experiencial y en dificultades de regulación emocional y las mejoras en la sintomatología ansiosa, resultados de la aplicación del programa. Concretamente, aquellas personas que mostraron mayores mejoras en la variable de evitación experiencial mostraron mayores mejoras en ansiedad, dándose correlaciones positivas significativas tanto con los cambios en la ansiedad estado como en la ansiedad rasgo. A su vez, la mejora en evitación experiencial se asoció con una mejora en las dificultades de aceptación. Por otro lado, aquellos participantes que mostraron mayores mejoras en las dificultades de regulación emocional también lo hicieron en la

sintomatología ansiosa, dándose correlaciones positivas significativas entre los cambios en dificultades de regulación emocional y los cambios tanto en la ansiedad estado como en la ansiedad rasgo. En lo que se refiere a aspectos específicos de dificultades de regulación emocional, evaluado a través de las diferentes subescalas de la DERS, las mejoras en la subescala de regulación-descontrol se asociaron específicamente con mejoras en la ansiedad estado. Ocurrió lo mismo con la dimensión de claridad emocional, es decir, quienes mostraron mayores mejoras en sus dificultades en claridad emocional, lo hicieron también en mayor medida en su ansiedad estado.

Por otro lado, un componente que mejoró tanto la ansiedad rasgo como la ansiedad estado fue la aceptación emocional. Esto quiere decir que mayores reducciones en dificultades de aceptación se asociaron a mayores reducciones de ansiedad en sus dos dimensiones, tanto rasgo como estado. Estos resultados, así como las corre-

Tabla 4. Correlación entre variables (Pearson)

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Ansiedad rasgo (STAI)								
2. Ansiedad estado (STAI)	.44**							
3. Evitación experiencial (AAQ-11)	.53*	.47**						
4. Atención (DERS)	.11	.12	.11					
5. Claridad (DERS)	.00	.36**	.16	.27*				
6. Aceptación (DERS)	.42**	.32*	.28*	.15	.26			
7. Funcionamiento (DERS)	.18	.16	.01	.03	.08	.11		
8. Regulación (DERS)	.25	.27*	.21	.21	.24	.48**	.26	
9. Regulación total (DERS)	.31*	.36**	.24	.46**	.48**	.75**	.28*	.83**

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$; STAI: Cuestionario Ansiedad Estado-Rasgo; AAQ-11: Cuestionario de Evitación Experiencial; DERS: Escala de Dificultades de Regulación Emocional.

laciones significativas entre mayores cambios en evitación experiencial y mayores cambios en las diferentes subescalas de dificultades de regulación emocional, así como entre éstas, pueden consultarse de manera más detallada en la mencionada Tabla 4

Discusión

El objetivo principal de este trabajo fue examinar la efectividad de una terapia grupal de regulación emocional basada en el UP de Barlow, a través de la inclusión de módulos de mindfulness como eje principal de las diferentes sesiones basadas en este protocolo de intervención transdiagnóstico. Su efectividad se evaluó con relación a sus efectos en los síntomas ansiosos, la evitación experiencial y las dificultades de regulación emocional. Además, se quiso estudiar la relación entre los cambios pre-postratamiento de las distintas variables estudiadas (ansiedad, evitación experiencial y regulación emocional), a fin de elucidar su implicación en la reducción de la sintomatología ansiosa.

Los resultados principales indican que el tratamiento fue efectivo a la hora de reducir de modo significativo la sintomatología ansiosa y las dificultades de regulación emocional globales, además de concretamente las dificultades referentes a la subescala de regulación-descontrol. Estos resultados van en la línea de investigaciones previas que han mostrado que el protocolo original de Barlow et al. (2018) es efectivo a la hora de disminuir la sintomatología ansiosa y generar mejoras en las dificultades de regulación emocional (Bullis et al., 2014; Ellard et al., 2017; Ito et al., 2016; Khakpoor et al., 2019; Osma et al., 2019). Los resultados de este trabajo replican y amplían dicha evidencia, al tratarse de un programa alternativo, con una aplicación grupal y una ampliación del enfoque basado en mindfulness como componente de intervención a lo largo de todas sus sesiones. En España, el UP de Barlow ya se había aplicado en formato grupal y en la sanidad pública (Castellanos et al., 2015; Osma et al., 2018, 2022; Peris-Baquero y Osma, 2023) obteniendo buenos resultados en ansiedad, depresión, rasgos de personalidad y calidad de vida. Sin embargo, en esos estudios no se abordaron variables clave como la regulación emocional y la evitación experiencial, ni su relación entre ellas, las cuales sí son objeto de estudio en el presente trabajo, lo que permite una ampliación y profundización en los mecanismos subyacentes del tratamiento.

La relación entre el mindfulness y la mejora en síntomas de los trastornos emocionales, se ha observado en estudios previos a lo largo de los años, como los de Craigie et al. (2008), Hofmann y Gómez (2017) o McClus-

key et al. (2022), quienes confirman que el mindfulness es efectivo para reducir, entre otras, la sintomatología ansiosa. Por otro lado, en lo que se refiere a la relación entre el mindfulness y las mejoras de la regulación emocional, son varios los estudios previos que de nuevo confirman dicha relación (véase, Iani et al., 2019; Teper et al., 2013; Desrosiers et al., 2013; Peixoto y Gondim, 2020, entre otros). Sin embargo, en nuestro estudio, a pesar de observar una disminución en las puntuaciones de evitación experiencial del pre al postratamiento, esta no fue una diferencia estadísticamente significativa. No obstante, cabe resaltar que estudios previos han estudiado y demostrado la efectividad del UP de Barlow para reducir la evitación emocional/experiencial tanto cognitiva como comportamental gracias a la intervención específica que se lleva a cabo y a la modificación de los hábitos de regulación emocional que se realizan a lo largo de todo el tratamiento transdiagnóstico (Barlow et al., 2018). La diferencia del UP de Barlow con respecto al protocolo implementado en este estudio radicaría en la aplicación de módulos específicos para trabajar la evitación. En el presente estudio, dichos módulos específicos no fueron estrictamente incluidos. Es por ello que, con la finalidad de reducir la evitación experiencial en una adaptación del programa original de Barlow como el planteado en este estudio y de cara a futuras investigaciones, sería recomendable trabajar de manera más concreta y detallada la evitación y ofrecer herramientas específicas para su reducción. Esto debería llevarse a cabo junto con la implementación de los diferentes módulos de mindfulness incluidos en el presente estudio, ya que han demostrado tener implicaciones clínicas en la mejora de las dificultades de regulación emocional, sintomatología ansiosa y, en otros trabajos, también específicamente en la evitación experiencial (Desrosiers et al., 2013; Hayes y Feldman, 2004).

Por otro lado, los resultados obtenidos confirmaron que los cambios en las dificultades de regulación emocional y en la evitación experiencial estaban asociados de modo significativo a la generación de mayores cambios en los síntomas ansiosos de los pacientes tras la intervención. De este modo, en la medida en que mejoraron las dificultades de regulación emocional y la evitación experiencial tras la intervención, lo hizo también la sintomatología ansiosa de los participantes. Estos resultados están relacionados con los de estudios previos que han establecido una clara asociación entre la desregulación emocional y la ansiedad (Barlow et al., 2018; Kring y Sloan, 2010; Osma et al., 2020; Rosellini et al., 2019), así como entre la evitación experiencial y la ansiedad (McCluskey et al., 2022; Rosellini et al., 2019). Además de la relación existente entre estas variables,

también se ha investigado cómo los cambios en la evitación experiencial preceden y predicen la reducción de los síntomas ansiosos (Eustis et al., 2020; Moroz y Dunkley, 2019), y los depresivos (Moroz y Dunkley, 2019).

Además, cabe destacar los resultados obtenidos con respecto a los cambios en las subescalas de desregulación emocional, que mostraron varias asociaciones significativas con las medidas de cambio en evitación experiencial y con la sintomatología ansiosa. Los resultados obtenidos indican, en primer lugar, que la mejora en evitación experiencial se asocia con una mejoría en la aceptación emocional. Estos resultados son coherentes debido a que la aceptación implica la disposición del individuo a reconocer y darse cuenta de sus propias emociones en lugar de hacer una evitación de ellas, ya sea a nivel cognitivo o comportamental. De hecho, uno de los objetivos de la terapia de aceptación y compromiso es mejorar la flexibilidad cognitiva a través de la reducción de la evitación experiencial, lo que se lleva a cabo a través de estrategias de aceptación, las cuales se pueden trabajar a través del mindfulness (Coto-Lesmes et al., 2020). En este sentido, estos resultados adicionales permiten identificar una vía específica (i.e., trabajo mindfulness en aceptación) a través del cual podría incrementarse la efectividad del presente programa a la hora de mejorar la evitación experiencial, así como favorecer su posible transferencia a la maximización de mejoras en sintomatología ansiosa.

A su vez, las mejoras en la aceptación tras la intervención se asociaron significativamente también con la mejora tanto en la ansiedad rasgo como en la ansiedad estado. Además, tanto las mejoras de regulación como de la claridad emocional se relacionaron significativamente con las mejoras en ansiedad estado. Estos resultados son muy relevantes, ya que no se han encontrado estudios previos que relacionen de manera directa cambios en las diferentes escalas de la DERS, con cambios en la ansiedad rasgo y estado, medidas a través del STAI. Sin embargo, Mennin et al. (2005) encontraron asociaciones negativas significativas entre la sintomatología ansiosa y la claridad emocional, pero medida esta última a través de otra escala denominada TMMS. Otro estudio realizado por Butler et al. (2018) relacionó la falta de claridad emocional -medida de nuevo a través de la TMMS- con mayores niveles de ansiedad social. Por otro lado, Park y Naragon-Gainey (2019) también han relacionado la claridad y la sintomatología ansiosa, mostrando que tener una menor claridad emocional está asociado con mayores niveles de sintomatología ansiosa y depresiva. De este modo, la investigación previa muestra una asociación consistente entre estas variables, con

la presente investigación ilustrando el valor de los indicadores de dificultades de claridad reflejados en la DERS para su uso como marcadores de mecanismos de acción en la efectividad de los programas dirigidos a reducir la sintomatología ansiosa.

En cuanto a la relación encontrada entre los cambios en aceptación y ansiedad, el estudio previo de Ford et al. (2018) confirmó que la aceptación está relacionada con el bienestar psicológico, la satisfacción vital y con la reducción de síntomas tanto ansiosos como depresivos, confirmando la evidencia del presente trabajo esta última relación. Por último, en lo que se refiere a la relación encontrada entre los cambios en la subescala de regulación y los de ansiedad, el estudio reciente realizado por Johnson et al. (2022) también confirmó la relación entre ambas variables, mostrando que la falta de regulación predice un incremento en la sintomatología ansiosa, y, por tanto, apoyando que las mejoras encontradas en este factor tras la intervención pueden ejercer como un mecanismo de acción en la consiguiente mejora en la sintomatología.

Los resultados encontrados en esta investigación, por tanto, ofrecen una visión novedosa con respecto a estudios previos, debido al uso específico de la escala DERS y su relación con la ansiedad estado y rasgo medidas a través del STAI y no solamente con la sintomatología ansiosa medida de modo general, a la hora de evaluar la utilidad del programa. Cabe resaltar, no obstante, que, a pesar de haber encontrado relaciones entre los cambios en las subescalas mencionadas del DERS y las mejoras en las medidas de ansiedad, el tratamiento llevado a cabo solo fue efectivo a nivel grupal a la hora de mejorar las dificultades de la subescala de regulación-descontrol. Por tanto, potenciar elementos terapéuticos con el fin de generar mayores mejoras en claridad y aceptación podría resultar muy prometedor de cara a incrementar la efectividad del programa a la hora de reducir la sintomatología ansiosa a través de dichos mecanismos. En esta línea, la terapia grupal podría beneficiarse de módulos de mindfulness más focalizados en la aceptación y claridad emocional, debido a los datos que tenemos acerca de cómo esta práctica está implicada en la mejoría de ambas variables en investigaciones previas (Carruthers et al., 2022; Iani et al., 2019; Jiménez-Picón et al., 2021; Lindsay y Creswell, 2019).

Pese a la novedad e interés de los resultados mencionados, este estudio cuenta con algunas limitaciones que deben considerarse. En primer lugar, el acceso a la información referente a historiales clínicos de los participantes, al margen de sus puntuaciones en los cuestionarios de evaluación pre-post, no fue posible, lo cual supone una limitación importante, debido a la falta de informa-

ción existente sobre otros datos relevantes para poder llevar a cabo la caracterización de la muestra para este estudio. En este sentido, resultaría de gran importancia conocer otras variables de los pacientes que pudieran ser moderadoras de los resultados presentados. Por otro lado, el hecho de que los participantes fueran pacientes atendidos en un hospital público da una gran validez ecológica al estudio. En cuanto al procedimiento, cabe destacar que el hecho de que algunos participantes no pudiesen terminar de cumplimentar los cuestionarios en la primera sesión y tuviesen que traerlos cumplimentados a la segunda sesión, supone una limitación que puede ser fácilmente abordada y mitigada en futuros estudios. En lo que se refiere al diseño del estudio, sería recomendable introducir en futuras investigaciones un grupo control para poder garantizar la validez y la confiabilidad de los resultados obtenidos, al proporcionar un contexto de comparación y controlar variables que podrían afectar los resultados de la investigación, así como considerar la evaluación pre-post de otros indicadores de sintomatología asociada a la ansiosa, como la sintomatología depresiva, a la hora de establecer la efectividad del programa transdiagnóstico presentado para reducir ambos tipos de sintomatología, altamente comórbidos.

Pese a estas limitaciones, y aunque el estudio no puede establecer una relación causal ni evaluar de manera concluyente la efectividad del programa de psicoterapia, las asociaciones observadas entre variables sugieren posibles direcciones prometedoras para estudios futuros. Uno de los aspectos más relevantes de este trabajo es la adaptación con éxito de un tratamiento estandarizado a un contexto y una población con unas necesidades específicas (pacientes de la seguridad social con alta comorbilidad y lista de espera). El análisis de los mecanismos subyacentes y la evaluación de su impacto en la mejoría clínica pueden proporcionar información muy valiosa sobre cómo optimizar los programas de psicoterapia para maximizar sus beneficios. Para ello, diseños más complejos, como estudios longitudinales, modelos de regresión y ensayos controlados aleatorios con grupos de comparación, podrían ser necesarios para obtener una comprensión más profunda de estos mecanismos. De cara a futuras investigaciones, sería de interés comparar este tratamiento con otro similar en el que se incluyeran más módulos específicos de mindfulness en evitación experiencial, claridad y/o aceptación. De este modo, se podrían comparar los resultados obtenidos de la intervención actual y otros formatos identificados con capacidad potencial para incrementar sus efectos en las variables de interés. Además, sería recomendable introducir seguimiento a largo plazo de los participantes con la fi-

nalidad de observar si se mantienen las ganancias obtenidas a corto y largo plazo. A su vez, la realización de una futura investigación que analice la relación entre cada una de las subescalas del DERS con la ansiedad tanto rasgo como estado, medidas a través del STAI, y el porqué de esta asociación, sería de gran interés para conocer más en profundidad el funcionamiento de la regulación emocional y su implicación en las diferentes dimensiones de sintomatología ansiosa. Por otro lado, con el objetivo de observar qué mecanismos están directamente implicados en la mejora de la sintomatología ansiosa, en próximos estudios sería interesante realizar análisis de mediaciones, de modo que se puedan identificar vías comunes y/o específicas de cambio a través de la evitación experiencial y diferentes facetas consideradas en la DERS, a la vez que se podrían considerar otra serie de mecanismos transdiagnósticos relacionados, como son las rumiaciones y preocupaciones. En este sentido y como se ha mencionado anteriormente, la terapia grupal podría beneficiarse de una ampliación o especificidad de los módulos de mindfulness debido a los beneficios que tiene tanto en la reducción de la evitación experiencial como en la mejoría de la claridad y aceptación emocional, además de en la regulación emocional general. Además, dado el papel de estos mecanismos en el desarrollo y mantenimiento de sintomatología ansiosa, pero también de otras sintomatologías altamente comórbidas y comunes en los trastornos emocionales, como la sintomatología depresiva, futuras investigaciones deberían considerar la inclusión adicional de medidas pre-post validadas de sintomatología depresiva, a fin de testar si estos mecanismos hipotéticamente transdiagnósticos, pueden efectivamente contribuir a una reducción de ambos tipos de sintomatología, a través del tipo de intervención planteada en el estudio. Por otro lado, con la finalidad de poder evaluar la experiencia de los participantes tras la aplicación de la terapia grupal, en futuras investigaciones sería conveniente la utilización de alguna prueba objetiva que pudiera indicar su grado de satisfacción e identificar así los aspectos bien valorados del tratamiento y posibles áreas de mejora.

A modo de conclusión, la terapia grupal de regulación emocional probada en este trabajo ha demostrado utilidad clínica en la reducción de la sintomatología ansiosa de los participantes a través del trabajo en las dificultades de regulación emocional y en la evitación experiencial. Estos resultados son de vital importancia teniendo en cuenta el papel que juegan las dificultades de regulación emocional y el uso de estrategias desadaptativas como la evitación experiencial, en los trastornos emocionales. Además, teniendo en consideración que estos son los trastornos de salud mental más prevalentes

en España y a nivel mundial, haber encontrado un tratamiento efectivo para reducir la sintomatología ansiosa y más aún, que pudiese ser establecido de modo integral en el sistema público de salud, podría ser una solución para reducir los costes asociados a estas problemáticas y ofrecer una alternativa o complemento útil a la terapia psicológica individual.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- American Psychological Association (s.f.). *Mindfulness*. <https://www.apa.org/topics/mindfulness>
- Bamesghi, M., Kimiaei, S. A., & Mashhadi, A. (2019). Effectiveness of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment in reducing depression associated with marital problems. *International Journal of Health and Life Sciences*, 5(2), 11-23. <https://doi.org/10.5812/ijhls.93299>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, C. P., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., & Cassiello-Robbins, C. (2018). *Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., Latin, H. M., Ellard, K. E., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T., y Cassiello-Robbins, C. (2019). *Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales: Manual del terapeuta*. Traducción y adaptación: Jorge Osma y Elena Crespo. (Trabajo original publicado en 2017). Alianza Editorial.
- Bullis, J. R., Fortune, M. R., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2014). A preliminary investigation of the long-term outcome of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1920–1927. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.07.016>
- Butler, R. M., Boden, M. T., Olino, T. M., Morrison, A. S., Goldin, P. R., Gross, J. J., & Heimberg, R. G. (2018). Emotional clarity and attention to emotions in cognitive behavioral group therapy and mindfulness-based stress reduction for social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 31–38. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.03.003>
- Carlucci, L., Saggino, A., & Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 282, 349-368. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.061>
- Carruthers, S. P., Rossell, S. L., Murray, G., Karantonis, J., Furlong, L. S., & Van Rheenen, T. E. (2022). Mindfulness, mood symptom tendencies and quality of life in bipolar disorder: An examination of the mediating influence of emotion regulation difficulties. *Journal of Affective Disorders*, 298, 166–172. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.107>
- Castellano Badenas, C., Osma López, J. J., Crespo Delgado, E., y Fermoselle Esclapez, E. (2015). Adaptación grupal del Protocolo Unificado para el Tratamiento de los Trastornos Emocionales. *Ágora de Salud II*, 151-162. <http://dx.doi.org/10.6035/ÁgoraSalud.2015.2.15>
- Celleri, M., Cremades, C. F., Etchevers, M. J., & Garay, C. J. (2023). Effectiveness of the Unified Protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders in online and group format in Argentina: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 24(678). <https://doi.org/10.1186/s13063-023-07428-4>
- Choi, K. W., Kim, Y.-K., & Jeon, H. J. (2020). Comorbid anxiety and depression: Clinical and conceptual consideration and transdiagnostic treatment. En *Advances in Experimental Medicine and Biology* (Vol. 1191, pp. 219-235). Springer Singapore.
- Confederación Salud Mental España; Fundación Mutua Madrileña (2023). *La situación de la salud mental en España*. Eds. Confederación Salud Mental España; Fundación Mutua Madrileña, Madrid.
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 263, 107–120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.154>
- Craigie, M. A., Rees, C. S., Marsh, A., & Nathan, P. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 554–568. <https://doi.org/10.1017/S135246580800458x>
- Craske, M. G., & Stein, M. B. (2016). Anxiety. *Lancet*, 388(10063), 3048–3059. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)30381-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)30381-6)
- Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions. *Annual Review of Psychology*, 68(1), 491-516. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>
- De la Viuda Suárez, M. E., y Posada, A. C. (2020). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) grupal para adolescentes con dificultades de regulación emocional: Un estudio piloto. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(2), 42-49. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7472138>
- Demyttenaere, K., & Heirman, E. (2020). The blurred line between anxiety and depression: Hesitations on comorbidity, thresholds and hierarchy. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 32(5–6), 455–465. <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1764509>
- Desrosiers, A., Vine, V., Klemanski, D. H., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: Common and distinct mechanisms of action. *Depression and Anxiety*, 30(7), 654–661. <https://doi.org/10.1002/da.22124>
- Ellard, K. K., Bernstein, E. E., Hearing, C., Baek, J. H., Sylvia, L. G., Nierenberg, A. A., Barlow, D. H., & Deckersbach, T. (2017). Transdiagnostic treatment of bipolar disorder and comorbid anxiety using the Unified Protocol for Emotional Disorders: A pilot feasibility and acceptability trial. *Journal of Affective Disorders*, 219, 209–221. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.011>
- Espinosa, V., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Chorot, P., Arnáez, S., Schmitt, J. C., & Sandín, B. (2024). Efficacy of a transdiagnostic internet-based program for adolescents with emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 179, 104560. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104560>

- Eustis, E. H., Cardona, N., Nauphal, M., Sauer-Zavala, S., Rosellini, A. J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). Experiential avoidance as a mechanism of change across cognitive-behavioral therapy in a sample of participants with heterogeneous anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research, 44*(2), 275–286. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10063-6>
- Ford, B. Q., Lam, P., John, O. P., & Mauss, I. B. (2018). The psychological health benefits of accepting negative emotions and thoughts: Laboratory, diary, and longitudinal evidence. *Journal of Personality and Social Psychology, 115*(6), 1075–1092. <https://doi.org/10.1037/pspp0000157>
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., & Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 21*(3), 179–187. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17811>
- González Pando, D., Cernuda Martínez, J. A., Alonso Pérez, F., Beltrán García, P., y Aparicio Basauri, V. (2018). Transdiagnóstico: Origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 38*(133), 145–166. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352018000100008>
- González-Blanch, C., Cano-Vindel, A., Ruiz, P., Barrio-Martínez, S., y Priede, A. (2020). Tratamientos psicológicos para los trastornos de ansiedad. En E. Fonseca (Ed.), *Manual de tratamientos psicológicos adultos* (pp.367-386). Pirámide.
- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/b:joba.0000007455.08539.94>
- Hallion, L. S., Steinman, S. A., Tolin, D. F., & Diefenbach, G. J. (2018). Psychometric properties of the difficulties in emotion regulation scale (DERS) and its short forms in adults with emotional disorders. *Frontiers in Psychology, 9*, 56–60 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00539>
- Hayes-Skelton, S. A., & Eustis, E. H. (2020). Experiential avoidance. In J. S. Abramowitz & S. M. Blakey (Eds.), *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms* (pp. 115-131). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000150-007>
- Hayes, A. M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 255–262. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph080>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record, 54*(4), 553–578. <https://doi.org/10.1007/bf03395492>
- Hervás, G., y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clinica y Salud, 19*(2), 139–156.
- Hilt, L.M., Hanson, J. L., & Pollack, S. D (2011). Emotion dysregulation. In B. Brown & M. Prinstein (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence* (pp. 160-169). Elsevier.
- Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *The Psychiatric Clinics of North America, 40*(4), 739–749. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.008>
- Iani, L., Lauriola, M., Chiesa, A., & Cafaro, V. (2019). Associations between mindfulness and emotion regulation: The key role of describing and nonreactivity. *Mindfulness, 10*(2), 366–375. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0981-5>
- Ito, M., Horikoshi, M., Kato, N., Oe, Y., Fujisato, H., Nakajima, S., Kanie, A., Miyamae, M., Takebayashi, Y., Horita, R., Usuki, M., Nakagawa, A., & Ono, Y. (2016). Transdiagnostic and transcultural: Pilot study of unified protocol for depressive and anxiety disorders in Japan. *Behavior Therapy, 47*(3), 416–430. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.02.005>
- Jiménez-Picón, N., Romero-Martín, M., Ponce-Blandón, J. A., Ramirez-Baena, L., Palomo-Lara, J. C., & Gómez-Salgado, J. (2021). The relationship between mindfulness and emotional intelligence as a protective factor for healthcare professionals: Systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(10), 5491. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105491>
- Johnson, S. L., Porter, P. A., Modavi, K., Dev, A. S., Pearlstein, J. G., & Timpano, K. R. (2022). Emotion-related impulsivity predicts increased anxiety and depression during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders, 301*, 289–299. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.037>
- Kaczurkin, A. N., & Foa, E. B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: An update on the empirical evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 17*(3), 337–346. <https://doi.org/10.31887/dens.2015.17.3/akaczurkin>
- Khakpoor, S., Saed, O., & Armani Kian, A. (2019). Emotion regulation as the mediator of reductions in anxiety and depression in the Unified Protocol (UP) for transdiagnostic treatment of emotional disorders: double-blind randomized clinical trial. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 41*(3), 227–236. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0074>
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (Eds.). (2010). Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. *The Guilford Press, XV*, 461.
- Lindsay, E. K., & Creswell, J. D. (2019). Mindfulness, acceptance, and emotion regulation: perspectives from Monitor and Acceptance Theory (MAT). *Current Opinion in Psychology, 28*, 120–125. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.004>
- McCluskey, D. L., Haliwa, I., Wilson, J. M., Keeley, J. W., & Shook, N. J. (2022). Experiential avoidance mediates the relation between mindfulness and anxiety. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues, 41*(6), 3947–3957. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00929-4>
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43*(10), 1281–1310. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.008>
- Ministerio de Sanidad. 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, Madrid.
- Moroz, M., & Dunkley, D. M. (2019). Self-critical perfectionism, experiential avoidance, and depressive and anxious symptoms

- over two years: A three-wave longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 112, 18–27. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.006>
- Organización Mundial de la Salud (2 de marzo de 2022). *Salud mental y COVID-19: Datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354393/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-spa.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación internacional de enfermedades* (10ª ed.). Organización Mundial de la Salud.
- Osma, J., Martínez-García, L., Peris-Baquero, Ó., Navarro-Haro, M. V., González-Pérez, A., & Suso-Ribera, C. (2021a). Implementation, efficacy and cost effectiveness of the unified protocol in a blended format for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: a study protocol for a multicentre, randomised, superiority controlled trial in the Spanish National Health System. *BMJ Open*, 11(12), e054286.
- Osma, J., Martínez-García, L., Quilez-Orden, A., & Peris-Baquero, Ó. (2021b). Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Medical Conditions: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5077. <https://doi.org/10.3390/ijerph1810507>
- Osma, J., Peris-Baquero, O., Suso-Ribera, C., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2022). Effectiveness of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in Spain: Results from a randomized controlled trial with 6-months follow-up. *Psychotherapy Research*, 32(3), 329-342.
- Osma, J., Peris, O., Quilez, A., Suso, C., y Crespo, E. (2020). Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. En E. Fonseca (Ed.), *Manual de Tratamientos psicológicos adultos* (pp.201-226). Pirámide.
- Osma, J., Suso-Ribera, C., y Peris-Baquero, O. (2019). Eficacia del protocolo unificado en formato grupal para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en unidades de salud mental públicas españolas. En J. J. Osma (Ed.), *Aplicaciones del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de la disregulación emocional* (pp. 203-219). Alianza Editorial.
- Osma, J., Suso-Ribera, C., García-Palacios, Crespo-Delgado, E., Robert-Flor, C., Sanchez-Guerrero, A., ... & Torres-Alfosea, M. Á. (2018). Efficacy of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in the Spanish public mental health system using a group format: Study protocol for a multicenter, randomized, non-inferiority controlled trial. *Health Qual Life Outcomes* 16, 46(2018). <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0866-2>
- Park, J., & Naragon-Gainey, K. (2019). Daily experiences of emotional clarity and their association with internalizing symptoms in naturalistic settings. *Emotion*, 19(5), 764–775. <https://doi.org/10.1037/emo0000482>
- Patrón, F. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-11. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 5-19.
- Peixoto, L. S. A., & Gondim, S. M. G. (2020). Mindfulness and emotional regulation: A systematic literature review. *SUMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição Em Português)*, 16(3), 88–104. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.168328>
- Peláez, T., López-Carrilero, R., Espinosa, V., Balsells, S., Ochoa, S., & Osma, J. (2024). Efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of comorbid emotional disorders in patients with ultra high risk for psychosis: Results of a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 367, 934-943.
- Peris-Baquero, O., & Osma, J. (2023). Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Group Format in Spain: Results of a Noninferiority Randomized Controlled Trial at 15 Months after Treatment Onset. *Depression and Anxiety*, 40(1), 198- 1377. <https://doi.org/10.1155/2023/1981377>
- Peris-Baquero, Ó., Moreno, J. D., & Osma, J. (2022). Long-term cost-effectiveness of group unified protocol in the Spanish public mental health system. *Current Psychology*, 1-16. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03365-8>
- Reyes-Ortega, M. A., Zapata Téllez, J., Gil-Díaz, M. E., Ramírez-Ávila, C. E., y Ortiz-León, S. (2023). Utilidad de la terapia dialéctica conductual abreviada para dificultades de regulación emocional en estudiantes mexicanos: Casos clínicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 28(1), 67-81. <https://doi.org/10.5944/rppc.33704>
- Rosellini, A. J., Brown, T. A., y Osma, J. (2019). Evaluación transdiagnóstica y formulación de caso en los trastornos emocionales desde la perspectiva del protocolo unificado. En J. J. Osma (Ed.), *Aplicaciones del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de la disregulación emocional*. Alianza Editorial.
- Ruan, Q.-N., Chen, Y.-H., & Yan, W.-J. (2023). A network analysis of difficulties in emotion regulation, anxiety, and depression for adolescents in clinical settings. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(1), 25-33. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00574-2>
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. M. (2020). Psicopatología de la ansiedad y trastornos de ansiedad: Hacia un enfoque transdiagnóstico. En A. Belloch et al. (Eds.), *Manual de Psicopatología* (3ª ed., Vol. II, pp. 3-34). McGraw Hill.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., y Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1-22. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>
- Schaeffele, C., Schulz, A., Knaevelsrud, C., Renneberg, B., & Boettcher, J. (2021). CBT at the crossroads: The rise of transdiagnostic treatments. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(1), 86-113. <https://doi.org/10.1007/s41811-020-00095-2>
- Sloan, D. M. (2004). Emotion regulation in action: Emotional reactivity in experiential avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 42(11), 1257-1270. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.006>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory (Test Manual)*. Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D., González-Reigosa, F., & Martínez-Urrutia, A. (1971). The State-Trait Anxiety Inventory. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 5(3 & 4).

- Steele, S. J., Farchione, T. J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of Psychiatric Research, 104*, 211–216. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.00>
- TEA Ediciones (s.f.). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. <https://web.teaediciones.com/STAI--CUESTIONARIO-DE-ANSIEDAD-ESTADO-RASGO.aspx>
- Teper, R., Segal, Z. V., & Inzlicht, M. (2013). Inside the mindful mind: How mindfulness enhances emotion regulation through improvements in executive control. *Current Directions in Psychological Science, 22*(6), 449–454. <https://doi.org/10.1177/0963721413495869>
- Zemestani, M., Imani, M., & Ottaviani, C. (2017). A preliminary investigation on the effectiveness of unified and transdiagnostic cognitive behavior therapy for patients with comorbid depression and anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy, 10*(2), 175–185. <https://doi.org/10.1521/ijct.2017.10.2>