

TERAPIA CONSTRUCTIVISTA INTEGRADORA Y ENFOQUE TRANSDIAGNÓSTICO EN ANSIEDAD Y DEPRESIÓN:

INVESTIGACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

CONSTRUCTIVIST INTEGRATIVE THERAPY AND TRANSDIAGNOSTIC APPROACH TO ANXIETY AND DEPRESSION: CLINICAL PRACTICE RESEARCH

Luis Botella García del Cid

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna, Universidad Ramon Llull.
Barcelona, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3794-5967>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Botella, L. (2020). Terapia Constructivista Integradora y Enfoque Transdiagnóstico en Ansiedad y Depresión: Investigación en la Práctica Clínica. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 105-113. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.397>

Resumen

Este trabajo aborda una lectura desde una posición constructivista integradora de tres de los conceptos transdiagnósticos relevantes en depresión y ansiedad: Afecto Negativo y Afecto Positivo, Sensibilidad a la Ansiedad e Intolerancia a la Incertidumbre. La investigación clínica procedente de la comparación entre resultados y procesos terapéuticos comunes y diferenciales en pacientes ansiosos y depresivos así como en comunalidades y diferencias en sus narrativas del self se utiliza para contrastar la relevancia de dichos conceptos así como su compatibilidad con la lectura integradora del constructivismo.

Palabras clave: *Terapia Constructivista Integradora, enfoque transdiagnóstico en ansiedad y depresión, narrativas de pacientes ansiosos y depresivos, resultado y proceso terapéutico en ansiedad y depresión.*

Abstract

This paper presents an integrative constructivist approach to three of the relevant transdiagnostic concepts in depression and anxiety: Negative Affect and Positive Affect, Anxiety Sensitivity and Intolerance to Uncertainty. Clinical research from the comparison between outcome and common and differential therapeutic processes in anxious and depressive patients as well as in communalities and differences in their self-narratives is used to contrast the relevance of these concepts as well as their compatibility with the integrative approach to constructivism.

Keywords: *Integrative Constructivist Therapy, transdiagnostic approach to anxiety and depression, narratives of anxious and depressive patients, outcome and therapeutic process in anxiety and depression.*



Los trastornos de ansiedad y depresivos presentan una alta prevalencia, y con mucha frecuencia se dan conjuntamente. En el caso de los primeros, Goodwin (2015) menciona que, según los datos poblacionales en Estados Unidos, el 74,1% de los pacientes con *agorafobia*, el 68,7% de los que tienen *fobia simple* y el 56,9% de los que tienen *fobia social* cumplen también los criterios para otro de los trastornos de ansiedad mencionados. No sólo eso, sino que la comorbilidad entre *ansiedad* y *depresión* se ha llegado a cifrar en más de un 65% (Rosellini et al., 2018). Dicha comorbilidad comporta un problema clínico, dado que las personas que muestran ambos trastornos simultáneamente han demostrado tener *mayores niveles de deterioro funcional, mayor reducción en su calidad de vida y peores resultados terapéuticos* que los que sólo manifiestan uno de los dos.

De hecho el propio diagnóstico se complica por la presencia habitual de *estados mixtos de ansiedad* y *estado de ánimo deprimido*, así como por una superposición sustancial en los síntomas físicos y emocionales de ambos. El *solapamiento sintomático* y la *comorbilidad* tan elevada han dado lugar a hipótesis transdiagnósticas que van desde lo *biológico* a lo *psicosocial*.

Un ejemplo de las primeras es la teoría de que las dos condiciones comparten mecanismos biológicos similares en el cerebro, de origen genético, como por ejemplo aspectos funcionales de la amígdala o incluso particularidades de la genética molecular de determinados biomarcadores, por lo que es más probable que aparezcan juntas. Otra diferente, basada en los solapamientos diagnósticos, es que ansiedad y depresión tienen muchos síntomas que se superponen, por ejemplo los problemas de sueño que se observan tanto en la ansiedad generalizada como en el trastorno depresivo mayor, por lo que un porcentaje elevado de pacientes cumplen los criterios para ambos diagnósticos. Además, es frecuente que estas condiciones se presenten simultáneamente ante la acción de uno o varios estresores externos. Goodwin (2015) por ejemplo señala que:

El propio DSM-5 aboga por la consideración de que ambas condiciones puedan compartir el *sustrato neuronal*, los *rasgos familiares*, los *factores de riesgo genéticos*, los *factores de riesgo ambientales específicos*, los *biomarcadores*, el *temperamento*, las *anomalías del procesamiento emocional*, la *similitud de los síntomas*, el *curso del trastorno*, la *alta comorbilidad* y la *respuesta al tratamiento* para confirmar las relaciones entre ellas. De hecho, el uso de factores más comunes y globales conduce a la noción de “trastornos de internalización” por un lado (de los cuales serían ejemplo tanto la ansiedad como la depresión) y “de externalización” por el otro (tales como la agresividad, los arrebatos de ira, la comisión de delitos o la hiperactividad).

(p. 249, la cursiva es del autor)

Todo lo anterior ha llevado a cuestionar la validez de los protocolos de tratamiento basados *única y exclusivamente* en síntomas (véase por ejemplo Brown y Barlow, 2009) y a proponer el desarrollo de modelos transdiagnósticos centrados

en la etiología (psicológica en este caso) subyacente a ambas condiciones.

Una de las dimensiones más empleadas y validadas en dichos modelos transdiagnósticos (véase Watson y Tellegen, 1985; Watson, Wiese, Vaidya y Tellegen, 1999) es la de *afecto negativo* (AN) y *afecto positivo* (AP), siendo considerado el AN como una dimensión general de malestar subjetivo. El AN subsume el *miedo*, la *ira*, la *tristeza*, la *culpa*, la *hostilidad*, la *insatisfacción*, la *desesperanza*, las *quejas somáticas*, la *visión negativa de uno mismo* y el *asco* (*disgust* en inglés, lo cual incluiría semánticamente, además de asco, *repugnancia*, *disgusto*, *desagrado*, *descontento* y *aversión*). Es probable que una persona que dice sentirse triste también experimente niveles elevados de ira, culpa, miedo, hostilidad, insatisfacción, desesperanza, quejas somáticas, visión negativa de sí misma y desagrado. Esta activación conjunta predice y explica las grandes superposiciones entre la experiencia de los pacientes con ansiedad y con depresión.

En términos de la Teoría de Constructos Personales (TCP; véase Kelly, 1955/1991; Botella y Feixas, 1998), se podría concebir dicha situación como si se tratase de dos subsistemas de constructos (el que tiene como foco de conveniencia el tipo de experiencias que se etiquetan como “ansiedad” y el que tiene como foco de conveniencia el tipo de experiencias que se etiquetan como “depresión”) pero que comparten un área importante de constructos en común, de forma que la activación de uno de los subsistemas activa al otro. Otra forma de concebir esta resonancia sería desde las teorías de los sistemas complejos no lineales y la lógica borrosa (véase una aplicación a la psicoterapia en Botella, 2007 y Botella, en prensa), según las cuales la interconexión y activación conjunta de subsistemas de un sistema complejo no es la excepción sino más bien la norma.

Dado que la definición general de AP (que predice que la persona que dice sentirse feliz y alegre también se sentirá *socialmente activada*, *interesada*, *emocionada*, *segura*, *atenta*, *alerta*, *con energía* y *participativa*) está más relacionada, aunque en sentido inverso, con la *tristeza* que con el *miedo*, Clark y Watson (1991) propusieron un tercer componente, la *tensión somática* y la *hiperactivación* (por ejemplo la dificultad para respirar o el mareo) como más exclusivos de la ansiedad.

Se han propuesto también otras dimensiones transdiagnósticas tales como la *Sensibilidad a la Ansiedad* (SA; Barlow, 2002) y la *Intolerancia a la Incertidumbre* (II; Koerner y Dugas, 2008). En Toro, Avendaño-Prieto y Vargas (2020) se encuentra una descripción más completa de ambas, además de un modelo estructural que las incluye junto a las de AP y AN. Me limito aquí a señalar que la SA se define como el miedo a los sentimientos relacionados con la ansiedad en tres dimensiones (somática, social y cognitiva) y que comporta evitación conductual. Por su parte la II se define como un sesgo cognitivo que hace que una persona perciba negativamente las situaciones en las que no se siente seguro, y ha sido identificada como un factor de riesgo por la preocupación excesiva e incontrolable que conlleva.

Se evidencia así como incluso “síntomas” subjetivos simples, presentes en diferentes grados en una población sana, tienden a confirmar tanto un factor gen-

eral que subyace a la ansiedad y la depresión (AN) como algunos más específicos que colocan a ambas en extremos diferentes del *continuum*. La presencia de estos factores respalda la idea de que ambos tipos de *trastornos* son manifestaciones extremas de aspectos presentes en toda la población.

En este trabajo comento los hallazgos a este respecto de dos de nuestros propios estudios, uno (García y Botella, 2011) relacionado con las similitudes y diferencias en la eficacia y el proceso de la Terapia Constructivista Integradora (TCI; véase Botella, en prensa) con pacientes ansiosos y depresivos y otro (Vall y Botella, 2014; Botella y Vall, 2019) sobre las diferencias entre las narrativas del *self* generadas en dicha terapia por ambos grupos de pacientes. No entro aquí en los detalles de cada uno de los estudios excepto en lo que hace referencia a la discusión que sigue. Justamente para ver dichos detalles se pueden consultar las publicaciones originales.

Comorbilidad y Comunalidad en el Resultado y Proceso Terapéutico

Los resultados del estudio de García y Botella (2011) demostraron en primer lugar que el nivel de gravedad sintomática (medida con el CORE-OM, *Clinical Outcome in Routine Evaluation*, Evans et al., 2002) de los pacientes ansiosos y depresivos no fue estadísticamente diferente. Para una $n = 103$ clientes, 41 del grupo de depresión (D) y 62 del grupo de ansiedad (A), la media del grupo A fue de 1.62 y la desviación típica de 0.64. En el grupo D, la media fue de 1.87 y la desviación típica de 0.63. La diferencia entre las dos medias fue de 0.25 y la prueba t de Student indicó que no era significativa ($t = 1.88$; $p = 0.063$). Este resultado era de esperar ante la ausencia de estudios que indiquen lo contrario, probablemente debido a que las dos patologías presentan un gran solapamiento respecto a los síntomas que las caracterizan, basados en los procesos transdiagnósticos antedichos.

Igualmente, el nivel de mejora experimentado por los dos grupos como efecto de la TCI no fue tampoco significativamente diferente, ni en general ni para ninguno de los factores medidos por el cuestionario de síntomas utilizado en ese estudio (CORE-OM). Los tamaños del efecto, expresados mediante la d de Cohen, para cada una de esas comparaciones fueron los siguientes:

Diferencial D-A en mejoría terapéutica general: $d = 0.04$.

Diferencial D-A en mejoría terapéutica en Bienestar Subjetivo: $d = 0.15$.

Diferencial D-A en mejoría terapéutica en Síntomas/Problemas: $d = 0$.

Diferencial D-A en mejoría terapéutica en Funcionamiento Psicosocial: $d = 0$.

Como se puede comprobar todos ellos están dentro del margen considerado pequeño (o son directamente nulos).

Además, el proceso terapéutico resultó indistinguible en cuanto a la relación síntomas/alianza, pues no se encontró ningún patrón diferencial ni en referencia a los debilitamientos temporales de la Alianza Terapéutica ni a los empeoramientos sintomáticos temporales.

La falta de eficacia diferencial también se puede explicar desde el primer re-

sultado ya comentado; es decir, la falta de gravedad diferencial hace prever la falta de eficacia diferencial. Posiblemente los resultados de eficacia diferencial hubiesen sido diferentes si se hubiese comparado una muestra de pacientes con un nivel de gravedad muy alto con otra de poca gravedad.

Depresión y Ansiedad como Invalidación

Nuestros resultados (Vall y Botella, 2014; Botella y Vall, 2019) en el sentido de la amplia convergencia, en 16 de 22 dimensiones de análisis, entre las narrativas de pacientes depresivos y ansiosos son teóricamente coherentes con un enfoque constructivista narrativo. Desde dicha perspectiva tanto la ansiedad como la depresión comportan, como factor desencadenante (el estresor externo al que se refiere Goodwin, 2015), un episodio (o múltiples) de invalidación de la narrativa del *self* que lleva a la necesidad de reconstruirla mediante un proceso activo de creación de significado para recuperar el sentido perdido de coherencia y una nueva posición narrativa del *self*. Precisamente esos son dos de los objetivos de cualquier psicoterapia y, en particular, de una constructivista integradora. Se trata de una noción generalizada en la literatura constructivista y narrativa; por ejemplo véase Angus y McLeod (2004), Botella, Herrero, Pachecho y Corbella (2004).

Además nuestros resultados también avalan que tanto las narrativas de los pacientes ansiosos como las de los deprimidos tienden a presentar una posición de no-agente, de víctimas de las circunstancias sobre las que no sienten tener control. Es destacable que dicha posición narrativa de desesperanza (y/o indefensión) corresponde precisamente a uno de los componentes de la AN en la definición de Watson y Tellegen, 1985 y Watson et al., 1999 comentada antes.

Depresión y Ansiedad como Respuestas (Disfuncionales) ante la Invalidación

Los procesos psicológicos de construcción de significado en las personas calificadas con ambas etiquetas diagnósticas se han considerado desde tradiciones constructivistas, tales como la TCP, como formas de enfrentarse a la invalidación del sistema de constructos. En el caso de la depresión se trataría de una estrategia de constricción ante la imposibilidad de dar sentido a la experiencia, en el de la ansiedad de una de exceso de preocupación improductiva ante la vivencia de falta de dimensiones para anticiparla (es decir, el sistema se colapsa debido a la intensidad de la ansiedad que produce la falta de dimensiones de anticipación, y ese mismo colapso le impide ser más elaborado).

Ambas nociones, *constricción* y *preocupación improductiva* encajan con dos de los conceptos de los modelos transdiagnósticos antedichos. La primera es fácil de concebir como producto de la SA (miedo a los sentimientos relacionados con la ansiedad y que comporta evitación conductual). Precisamente porque se evita (por el miedo que provoca) la sensación de no disponer de constructos para anticipar la experiencia, el sistema se ve cada vez más constreñido a sólo aquello que puede anticipar con total seguridad, que cada vez son menos cosas. Podría así decirse que

el miedo a la ansiedad genera la constricción que acaba produciendo depresión.

Por lo que respecta a la segunda, la *preocupación improductiva*, recordemos que la II hace que una persona perciba negativamente las situaciones en las que no se siente seguro, y conlleva una preocupación excesiva e incontrolable. De nuevo aquí uno de los factores transdiagnósticos tiene una lectura constructivista directa.

Los estudios sobre la depresión desde la perspectiva de la TCP coinciden en que se caracteriza por un sistema de constructos constreñido. Al constreñir el sistema y limitar su foco, se evita invalidar el sistema de constructos por el cual se rigen los patrones de atribución de significados evitando incompatibilidades aparentes en la experiencia. Por supuesto, la contrapartida negativa a la reducción de la perspectiva de la experiencia vivida es que se cierra la puerta a la posibilidad de plantearse la situación desde otras perspectivas, entrando en un patrón de autoinvalidación recursiva. La depresión comporta así dificultades para descentrarse de la propia disfuncionalidad y la imposibilidad de ver más allá de ella.

Los pacientes ansiosos son mucho más sensibles a los aspectos externos de su problema en la psicoterapia, probablemente por la combinación de SA e II a la que me refería antes, y generalmente su vivencia es que son los otros los que no actúan adecuadamente o como a ellos les gustaría. Su sensibilidad interpersonal, incluso exagerada, les hace mucho más propensos a la dimensión de validación personal que representa la relación terapéutica.

Nuestros datos avalaron que si bien en el caso del grupo de pacientes ansiosos la correlación entre Alianza Terapéutica y síntomas era estadísticamente muy significativa en todas las sesiones desde la 3ª a la 12ª, en el caso del grupo de pacientes depresivos lo era en un nivel menor en todas las sesiones evaluadas.

Este resultado coincide por ejemplo con los de Caspar, Grossmann, Unmüsig, y Schramm (2005) que encontraron que con los pacientes que presentaban dificultades para el desarrollo de una relación de colaboración la mejora sintomática era más sensible a la relación que con los que no. Así se podría explicar porqué con los pacientes depresivos, especialmente difíciles en cuanto al establecimiento de una relación de colaboración motivada y activa, la calidad del vínculo terapéutico es menos predictora de (o reactiva a) la mejora que con los pacientes ansiosos, mucho más colaborativos y activos debido a que su estado de ánimo no está deprimido y a que sus dificultades son mucho más interpersonales.

Nuestro estudio sobre patrones narrativos comunes y diferenciales en pacientes depresivos y ansiosos arroja más luz sobre este proceso de constricción. Las narrativas de los pacientes deprimidos parecerían consistir en una forma de experimentar el mundo con una notable variedad de personajes y muy específica en cuanto a su grado de detalle, pero sin un significado emocional profundo debido al alto nivel de objetivación y, al mismo tiempo, con objetivos narrativos coherentes y claros pero limitados. Algunas de estas características podrían dar la impresión errónea de un mundo interpersonal muy rico y un proyecto existencial muy claro. Sin embargo, en el caso de los pacientes depresivos esto no es así porque el alto nivel de objetivación

priva a la narrativa de un sentido profundo de significado emocional. Por lo tanto, las narrativas en este grupo eran objetivas y claras, pero también distantes, rígidas y demasiado coherentes como para ser existencialmente relevantes.

De nuevo, este resultado encaja con el cuerpo de investigación sobre la estructura del Sistema de Constructos Personales de los pacientes deprimidos, en este caso desde una perspectiva narrativa y no sólo sintomática. Como decía antes, dicha investigación ha demostrado repetidamente que la constricción (es decir, una limitación del campo fenoménico para minimizar incompatibilidades aparentes) va asociada a altos niveles de depresión. Esto explicaría el resultado de los altos niveles de objetivación.

Además, se ha demostrado que el patrón de constricción del sistema de constructos conduce a patrones limitados y lógicamente consistentes de relaciones entre constructos, lo que podría explicar nuestro resultado de un alto nivel de inteligibilidad/claridad en las narrativas de los pacientes depresivos. Sin embargo, nuestros resultados parecían sugerir que los clientes deprimidos no siempre restringen su campo fenoménico en el sentido de excluir a las personas de él; pueden incluir a muchas pero centrarse sólo en sus características superficiales para evitar procesos emocionales y de construcción de significado potencialmente dolorosos, posibilidad que daría sentido a nuestro resultado de menor sensibilidad a/de la Alianza Terapéutica en su caso.

El patrón narrativo en pacientes depresivos en nuestra muestra no se caracterizó exactamente por una preferencia por la memoria autobiográfica general y la consiguiente dificultad para acceder y revelar recuerdos autobiográficos específicos que aparece en la literatura (véase por ejemplo Williams et al., 2007), sino por la constricción de estos recuerdos a detalles exclusivamente objetivos privados de contenido emocional rico. Por lo tanto, en línea con lo que Habermas, Ott, Schubert, Schneider y Pate (2008) predijeron en su estudio, las narrativas de pacientes deprimidos presentaron un nivel menor de evaluación interna.

Y de nuevo, también, la lectura de la rigidez y exceso de coherencia como constricción y de la constricción como producto de la SA encaja con una visión transdiagnóstica, si bien la enriquece en cierto sentido. Como ya he comentado, parece que ese proceso consiste en la evitación, motivada por el miedo, de la sensación de no disponer de constructos para anticipar la experiencia de forma que el sistema se vea cada vez más constreñido a sólo aquello que puede anticipar y que cada vez es menos. Ante el resultado al que me refería antes, parece claro además que todo o anterior se aplica no a cualquier tipo de cognición o de experiencia, sino especialmente a la social/interpersonal/relacional. Además parece también claro que, al menos en su dimensión narrativa, no se refiere a eliminar del campo fenoménico a personas en sí mismas sino a centrarse en detalles de ellas cada vez con menor carga emocional.

En el caso de las narrativas de los pacientes ansiosos, se caracterizaban por una forma de experimentar el mundo notablemente detallada en la dimensión del

pensamiento y la reflexión. Este resultado es coherente por ejemplo con los de la *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (véase Segal, Williams y Teasdale, 2002) que demuestran que los pacientes ansiosos tienden a pensar demasiado y de manera excesiva e improductivamente reflexiva (Watkins, 2008) hasta el punto de no prestar suficiente atención a los detalles sensoriales y emocionales del “aquí y ahora”. En la misma línea, la estabilidad resulta ser un problema en este caso porque, como ya comentaron Segal, Williams y Teasdale (2002), este tipo de pacientes tienden a considerar sus pensamientos como la verdad absoluta y no son capaces de cuestionarlos, proceso que de hecho caracteriza también al funcionamiento depresivo.

Este resultado es también coherente con estudios que indican que la ansiedad puede caracterizarse por sesgos que hipertrofian el recuerdo de episodios sociales autorreferenciales y especialmente con una tonalidad emocional negativa. Además, esta tendencia metafórica y cognitiva puede relacionarse con la posición de observador pasivo (es decir, con un nivel de implicación y proactividad muy bajo en los eventos de naturaleza eminentemente social/interpersonal) que parece caracterizar a los pacientes ansiosos (Morgan, 2010).

También en este caso esa rumiación tan propia de la ansiedad, esa *preocupación improductiva*, encaja con el concepto transdiagnóstico de II que hace que se perciban negativamente las situaciones en las que uno no se siente seguro, y conlleva, precisamente, una preocupación excesiva e incontrolable.

Conclusión

De todo lo antedicho se deduce que ansiedad y depresión se pueden abordar mediante modelos terapéuticos integradores que se centren en procesos psicológicos comunes a ambas. Todo lo anterior abre la puerta a una aproximación a la psicoterapia mucho más psicológica, menos medicalizada, menos propensa a etiquetas rígidas y más libre de la “tiranía de la especificidad”.

Referencias bibliográficas

- Angus, L. y McLeod, J. (Eds.) (2004). *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research*. Thousand Oaks, CA: Sage. <https://dx.doi.org/10.4135/9781412973496>
- Botella, L., Herrero, O., Pachecho, M. y Corbella, S. (2004). Working with narrative in psychotherapy: a relational constructivist approach. En L. E. Angus y J. McLeod (Eds.), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory, and Research* (pp. 119-136). Thousand Oaks, CA: Sage. <https://dx.doi.org/10.4135/9781412973496.d10>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2 ed.). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Botella, L. (2007). Potential uses of fuzzy logic: Applying Fuzzy Cognitive Maps (FCMs) in psychotherapy. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(2), 103-119.
- Botella, L. (En prensa). *La Construcción del Cambio Terapéutico: Terapia Constructivista Integradora en la Práctica Clínica*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona, España: Laertes.

- Botella, L. y Vall, B. (2019). Hacia una comprensión fenomenológica del proceso de construcción de significado: aplicabilidad de la Rejilla de Evaluación Narrativa. *Revista de Psicoterapia*, 30(114), 57-94. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i114.320>
- Brown T. A. y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256-271. <https://doi.org/10.1037/a0016608>
- Caspar, F., Grossmann, C., Unmüßig, C. y Schramm, E. (2005). Complementary therapeutic relationship: Therapist behavior, interpersonal patterns, and therapeutic effects. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 91-102. <https://doi.org/10.1080/10503300512331327074>
- Clark, L. A. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J. y Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 180, 51-60. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.1.51>
- García, Y. y Botella, L. (2011). Análisis diferencial del proceso y resultado psicoterapéutico en función del motivo de demanda en pacientes con ansiedad y depresión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(3), 347-358.
- Goodwin, G. M. (2015). The overlap between anxiety, depression, and obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 249-260.
- Habermas, T., Ott, L.-M., Schubert, M., Schneider, B. y Pate, A. (2008). Stuck in the past: Negative bias, explanatory style, temporal order, and evaluative perspectives in life narratives of clinically depressed individuals. *Depression and Anxiety*, 25(11), 121-132. <https://doi.org/10.1002/da.20389>
- Kelly, G.A. (1991). *The psychology of personal constructs*. Nueva York, NY: Routledge (Trabajo original publicado en 1955).
- Koerner, N. y Dugas, M. J. (2008). An investigation of appraisals in individuals vulnerable to excessive worry: The role of intolerance of uncertainty. *Cognitive Therapy and Research*, 32(5), 619-638. <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9125-2>
- Morgan, J. (2010). Autobiographical memory biases in social anxiety. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 288-297. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.003>
- Rosellini, A. J., Bourgeois, M. L., Correa, J., Tung, E. S., Goncharenko, S. y Brown, T. A. (2018). Anxious distress in depressed outpatients: Prevalence, comorbidity and incremental validity. *Journal of Psychiatric Research*, 103, 54-60. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.006>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Toro, R. A., Avendaño-Prieto, B. L. y Vargas, N. (2020). Transdiagnostic model of anxiety and depression according to the relationship with affect, uncertainly intolerance, and anxiety sensitivity. *Rev. CES Psico*, 13(1), 140-152. <http://dx.doi.org/10.21615/cesp.13.1.9>
- Vall, B. y Botella, L. (2014). Narrative assessment: Differences between anxious and depressed patients. *Narrative Inquiry*, 24(1), 132-152. <https://doi.org/10.1075/ni.24.1.07val>
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134(2), 163-206. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163>
- Watson D. y Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98(2), 219-235. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.219>
- Watson, D., Wiese, D., Vaidya, J. y Tellegen, A. (1999). The two general activation systems of affect: Structural findings, evolutionary considerations, and psychobiological evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(5), 820-838.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E. y Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133(1), 122-148. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.122>