



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Programa psicoeducativo para el manejo y control del estrés

Alumno/a: Manuel Villar Serrano

Tutor/a: Prof. D. José Antonio Muela Martínez
Dpto.: Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológico

Junio, 2021

Agradecimientos

Este programa ha sido posible gracias a la ayuda de mi mentor y profesor D. José Antonio Muela Martínez, profesor del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico en la Universidad de Jaén. Por otro lado, este programa tampoco hubiese sido posible sin la entera colaboración y participación de los 6 participantes de este estudio, quienes por motivos de confidencialidad no puedo nombrar bajo sus respectivos nombres.

ÍNDICE

1. Resumen y palabras clave	4
2. Introducción	5
3. Objetivos e hipótesis	7
4. Metodología	8
5. Resultados	20
6. Discusión	24
7. Referencias	29
8. Anexos	33

1. Resumen

En el siguiente estudio se recoge la implementación de un programa psicoeducativo basado en el modelo terapéutico del Transdiagnóstico. Este modelo, basa sus intervenciones en el abordaje y trabajo conjunto de aquellos síntomas que presentan comorbilidad en varios trastornos psicológicos y que están relacionados entre sí; todo ello con la finalidad de lograr una mejora global en aquellas personas que demandan los servicios terapéuticos. El programa constó de 7 sesiones grupales, entre las cuales se llevaron a cabo pruebas conceptuales y de medición de variables psicológicas, sesiones orientativas e informativas y sesiones de entrenamiento en técnicas de relajación y control de ansiedad y estrés. Dicho programa recogido en las siguientes páginas, se empleó para la reducción de sintomatología subclínica depresiva y ansiógena en una muestra de 6 participantes varones de entre 23-28 años con resultados positivos; ya que se obtuvieron mejoras en variables como depresión, asertividad, autoestima y pensamientos irracionales.

Palabras clave: Transdiagnóstico, programa psicoeducativo, ansiedad y depresión.

Abstract

In the following study, the development of a psychoeducational program based in the Unified protocol has been carried out. This model bases its interventions in the approach and joint work of those symptoms that appear together in some psychological disorders and which are related to each other; all of this has as its purpose the achievement of a global improvement in those people who demand therapeutic services. The program took 7 group sessions. In those sessions, the investigator works with the participants giving them orientation and information about anxiety and depression. And also providing them with techniques about relaxation, anxiety and stress control. The program described in the following pages was employed to reduce subclinical levels of depression and anxiety symptoms in a sample of 6 male participants within 23-28 years with positive results because the data show positive changes in aspects like depression, asertivity, self-esteem and irrational thoughts.

Key words: Unified protocol, psychoeducational program, anxiety, depression.

La comorbilidad de síntomas reconocidos como “prototípicos” dentro de los distintos trastornos específicos (clasificados categorialmente) en los usuarios que comúnmente demandan los servicios de atención psicológica suponen, en la mayoría de los casos, una norma más que la excepción. Según se recoge en Rosique, Bonifacio, García-Escalera y Chorot (2019), al igual que en Sandín (2014) o en Rovella y Rivarola (2014). Sin embargo, una modalidad de terapia destinada a intervenir los casos de comorbilidad de síntomas se pone de manifiesto en estos y otros documentos bajo el nombre de: “transdiagnóstico”. Aunque también se puede encontrar bajo la denominación de “protocolo unificado” (Barlow et al., 2010).

Además, tal y como se recoge en el artículo de Grill, Castañeiras y Fasciglione (2017), la terapia del transdiagnóstico destaca sobre otras modalidades al abordar los aspectos generales y comunes que subyacen en los distintos síntomas de trastornos mentales, de manera simultánea y sin circunscribirse a un solo modelo terapéutico. Permitiendo esto una mayor adaptabilidad a la problemática que presente la persona, según su situación, además de poder variar su posición entre modelos terapéuticos existentes y seleccionar aquellas intervenciones que permitan resolver del mejor modo posible la sintomatología manifestada.

Existen a su vez estudios que evidencian la efectividad en dicha finalidad, tal y como se recoge en el de González-Blanch et al. (2018) o el de por ejemplo.

No obstante, tanto en los artículos realizados por Marín et al. (2021), como en el de Rosique et al. (2019) y en el de Sandín (2014) se destaca la misma apreciación: La efectividad de dicho modelo terapéutico aún debe seguir siendo revisada.

Otra de las características que presenta dicho modelo es la de no renegar de las clasificaciones diagnósticas existentes en otros modelos, aunque concibiéndolas de un modo dimensional; es decir, comprende que las manifestaciones psicopatológicas pueden mostrarse en mayor o menor grado.

Por otro lado, el modelo de terapia transdiagnóstico o protocolo unificado basa su metodología de intervención en la filosofía del trabajo holístico de la diversa sintomatología que, los usuarios puedan presentar y que a su vez son compartidas y correspondientes a trastornos de clasificaciones/categorías distintas (como se mencionó anteriormente); todo ello con la finalidad de ofrecer una intervención integral para con la totalidad de síntomas y con mejores pronósticos de futuro (atenuar o eliminar las diversas sintomatologías a través de la intervención y evitar recaídas o la aparición de trastornos por síntomas no abordados) . Dicho modo de proceder, es lo que diferencia este tipo de intervención de otras, las cuales centran sus esfuerzos en atender exclusivamente la sintomatología que configuran una patología/trastorno por separado tal y como se recoge en Rosique et al. (2019).

En cuanto a las patologías con las que suele trabajar el modelo en cuestión, comprenden aquellos trastornos clasificados bajo los nombres de: trastornos del estado del ánimo (depresión unipolar), fobias específicas (social, agorafobia, entre otras), trastornos de pánico, trastornos de ansiedad y trastornos obsesivos compulsivos principalmente. Esta información puede verse recogida en el libro de Barlow et al. (2010). En adición a lo anterior, el modelo terapéutico del transdiagnóstico también se ha visto utilizado para abordar problemáticas como, el trastorno obsesivo compulsivo tal y como refleja el estudio realizado por Ito et al. (2016), así como la regulación emocional y pensamientos de tipo irracional relacionados con el trastorno dismórfico corporal en el estudio de Mohajerin, Bakhtiyar, Olesnycky, Dolatshahi y Motabi (2019).

Si se atiende al modo de intervenir que presenta el modelo (metodología), no parece existir un consenso o manual unificado sobre el proceso de intervención. No obstante, en Rosique et al. (2019), se menciona el intento por parte de otros profesionales implicados en el ámbito de la psicología de elaborar una guía o manual que recoja el proceso de intervención bajo el modelo transdiagnóstico. Un ejemplo de manual puede encontrarse en el estudio “*PsicAP*” recogido en González-Blanch et al. (2018). De manera somera puede decirse que el modelo terapéutico del transdiagnóstico basa gran parte de sus intervenciones en técnicas e instrumentos que son propias de la terapia cognitivo conductual (TCC), aunque sin parcelar el uso de estos como sí lo haría la TCC en función del tipo de trastorno diagnosticado. A modo de ejemplo, se destacan entre algunas de las múltiples técnicas de las cuales se sirve este tipo de enfoque terapéutico como: la psicoeducación, relajación, exposición, reestructuración cognitiva entre otras que pueden pertenecer al modelo de terapia cognitivo-conductual o provenir de otros modelos distintos. Un ejemplo de ello puede encontrarse en el artículo nuevamente de Rosique et al. (2019), en el que se lleva a cabo una intervención con una paciente (caso único) bajo el nombre de “S” y se emplearon técnicas propias del modelo de la TCC.

Durante dicho proceso, cabe destacar la obtención de resultados positivos, que a su vez se avalan el mencionado modelo terapéutico al mostrar su aparente eficacia en la reducción de sintomatología relacionada con: depresión, ansiedad generalizada, pánico y fobia a las agujas en un proceso que tuvo una duración de 9 sesiones de apenas 1 hora de duración por sesión.

Por otro lado, a diferencia de la intervención recogida en el artículo mencionado en el párrafo anterior, existen a su vez intervenciones que han sido llevadas a cabo en formato grupal, como es en el caso del artículo de Grill et al. (2017), el cual contaba con una muestra de 23 pacientes, los cuales presentaban también sintomatología comórbida con diagnósticos que incluían: depresión, fobia social, ansiedad generalizada, ataques de pánico, agorafobia entre

otras. Otro ejemplo de esto se puede encontrar en el estudio de “*PsicAP*” recogido en el artículo de González-Blanch et al. (2018), así como en el llevado a cabo por Ferrer, Martín-Vivar, Pineda, D, Sandín y Piqueras (2018). En ambos, se sugiere la mejoría en la sintomatología de dichos pacientes.

En base a los datos analizados y recogidos en párrafos anteriores, se ha fundamentado y desarrollado la aplicación del siguiente programa psicoeducativo, el cual se describe a continuación y tuvo como último propósito, al igual que las intervenciones desarrolladas por los autores mencionados, abordar los problemas de tipo emocional en un grupo de personas.

2. Objetivos e hipótesis

De acuerdo con lo recogido en el apartado anterior, se concretan los objetivos (generales y específicos) que se esperan alcanzar una vez se finalice el programa psicoeducativo para con los participantes del presente estudio:

a. Objetivo general

1. Desarrollar un programa de psicoeducación basado en los principios de la metodología transdiagnóstica para la mejora de problemas emocionales relacionados con la ansiedad y depresión a niveles subclínicos.

b. Objetivo/s específico/s

1. Comprobar el incremento de conocimiento adquirido por los participantes sobre las características de ansiedad y depresión tras finalizar el programa psicoeducativo.
2. Comprobar si se reducen los síntomas subclínicos de depresión de los participantes tras la aplicación del programa.
3. Comprobar si se reducen los niveles subclínicos de ansiedad estado y ansiedad rasgo de los participantes tras finalizar el programa.
4. Comprobar la efectividad que tienen las técnicas de desactivación en la reducción de los niveles de activación previos en los participantes.
5. Comprobar la eficacia del programa para reducir los pensamientos de tipo irracional.

6. Comprobar si el programa repercute e incrementa la emisión de conductas asertivas.
7. Comprobar si el programa incrementa la autoestima de los participantes.
8. Comprobar el grado de satisfacción de los participantes una vez finalice el programa.
9. Comprobar si los cambios logrados con la aplicación del programa psicoeducativo se mantienen en el tiempo.

Las hipótesis que se esperan confirmar una vez finalice el programa psicoeducativo son:

1. El programa reducirá los problemas emocionales subclínicos de los participantes que participen en él.
2. El conocimiento de los participantes sobre ansiedad y depresión se incrementará al finalizar el programa.
3. Los síntomas subclínicos de ansiedad se verán reducidos tras finalizar el programa.
4. La ansiedad estado y rasgo de los participantes se verá reducida una vez concluya el programa psicoeducativo.
5. Las técnicas de desactivación repercutirán en el nivel de activación que presenten los participantes reduciéndolo.
6. La formulación de pensamientos de tipo irracional por parte de los participantes experimentarán una reducción.
7. La emisión de conductas asertivas por parte de los participantes se incrementará tras acabar el programa psicoeducativo.
8. La satisfacción y agrado de los participantes hacia el programa será positiva.
9. La autoestima de los participantes se verá aumentada tras finalizar el programa.

3. Metodología

Participantes

Para el desarrollo del presente programa de psicoeducación se cuenta con una muestra de 6 participantes ($n=6$), donde todos ellos son varones, y cuyas edades están comprendidas entre los 23 y 28 años de edad (media=25, $DT=2$). De los 6 participantes, 5 de ellos poseen estudios universitarios y 1 tiene estudios superiores (ciclo formativo de Grado Superior). En el momento del desarrollo del programa, 2 participantes poseen un empleo y 5 de ellos continúan formándose. El grupo de participantes pertenece al estrato social denominado como “clase media”. 2 de los participantes recibieron atención psicológica durante la infancia y adolescencia. 1 de ellos debido a la pérdida que sufrió tras la muerte de su padre a la edad de 8 años, debido a la leucemia que padecía. El otro participante que acudió a terapia, lo hizo a sus 20 años de edad debido a problemas de tipo emocional. El profesional que le atendió y trabajó con él, estableció el diagnóstico de depresión mayor para dicho participante.

El reclutamiento de dichos participantes se realizó vía telemática, mediante el uso de redes sociales. Se explicó el programa que se pretendía llevar a cabo, su finalidad, número de sesiones, horario, etc. A su vez, a los participantes se les animó a colaborar y a que difundiesen dicha información entre sus contactos, para que, en caso de estar interesados, se pudiesen en comunicación con el investigador para recibir más información e inscribirse en el programa.

Técnicas

A continuación se recogen las pruebas e instrumentos de evaluación que se utilizan en el programa como herramienta de medida en las variables de interés. Dado que se trata de un estudio intrasujetos con evaluación pre- y post-, los instrumentos utilizados son los mismos en ambas condiciones:

- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberg, Gorsuch y Lushene (1970): STAI. Esta prueba está conformada por 40 ítems (20 ítems para A/E y otros 20 para A/R). La respuesta a cada ítem se realiza a través de una escala numérica cuyas puntuaciones abarcan de 0-3.

- Inventario de depresión de Beck (BDI; Beck y cols., 1961. Adaptado al español por Conde, Esteban y Useros, 1976; Vázquez y Sanz, 1999) para la evaluación del constructo de depresión. El cual consta de 21 ítems de respuesta, con 4 alternativas de respuesta y cuyas puntuaciones van

desde 0-3, de menor a mayor gravedad. Su aplicación está adaptada a partir de los 13 años en adelante y permite clasificar un trastorno depresivo tomando como referencia los criterios del DSM-IV.

- Escala de autoestima de Rosenberg, (1965) para evaluar el constructo de autoestima. Se trata de un cuestionario cuyo rango de respuesta va de 10-40, está compuesto por 10 ítems, con 4 opciones de respuesta, las cuales recogen la valoración que hace la persona que lo cumplimenta sobre sí misma.

- Inventario de asertividad de Gambrill y Richey, (1975) para evaluar el constructo de asertividad. Se trata de un instrumento compuesto por 40 ítems, los cuales tienen doble entrada según se esté evaluando el grado de malestar que experimenta una la persona ante las diversas situaciones, o la probabilidad de emitir la respuesta ante las mismas situaciones que las planteadas en la anterior entrada. Teniendo en cuenta esto, se trata de un inventario con 80 ítems en total. Se ofrecen 2 tipos de correcciones, una de ellas cuantitativa (donde en función de la puntuación que obtenga la persona, se clasificará en 1 de las 4 categorías recogidas: Asertivos, no asertivos, realizadores ansiosos y despreocupados). En cuanto a la corrección cualitativa se refiere, se trata de hallar en qué áreas de las 8 reflejadas en el inventario, la persona presenta más problemas. Para ello se toman en cuenta las puntuaciones de los ítems que corresponden a cada área, las cuales se corresponden a: Rechazar peticiones, expresar limitaciones personales, iniciar contactos sociales, expresar pensamientos positivos, encajar críticas, discrepar de las opiniones de otros, ser asertivo con quienes ofrecen sus servicios y hacer críticas a otros.

Además, el instrumento indica a la persona que lo cumplimenta que marce con una señal, aquellas áreas en las que el sujeto desea mejorar.

- Inventario de pensamientos irracionales de Muela, (material no publicado). Utilizado para evaluar pensamientos irracionales. El cual contiene 30 ítems con 5 opciones de respuesta, los cuales evalúan los pensamientos irracionales de: Polarización, catastrofismo, debería, falta de

control, filtraje, sobregeneralización, falacia de justicia, falacia de cambio, interpretación del pensamiento, culpabilidad, personalización, razonamiento emocional, etiqueta global, tener razón y falacia de recompensa divina. Ofreciendo finalmente las puntuaciones que la persona obtiene en cada 1 de estas 15 categorías, a las cuales les corresponden 2 ítems del inventario (30/2).

- Prueba de evaluación conceptual desarrollada con propósito para la presente investigación (ver anexo 1). Dicha prueba consta de 9 ítems de respuesta abierta, cuya finalidad es evaluar los conocimientos acerca de los constructos de ansiedad y depresión.

- Autorregistro de técnicas de desactivación y respiración controlada (ver anexo 2). Este autorregistro está diseñado para abarcar 6 días de la semana. Además está dividido en 2 columnas, según se trate de los ejercicios de respiración y desactivación muscular, los cuales tendrán que ser realizados 2 veces al día. Dentro de sesión de ejercicios, los participantes deberán anotar en una escala tipo Likert con valores de 1-10, el nivel de activación que experimentan en momentos previos y posteriores a la realización del ejercicio.

- Registro para la evaluación de pensamientos irracionales. Esta prueba de desarrollo propio consiste en listar una serie de pensamientos recurrentes y comunes, cuyo contenido sea clasificado de tipo irracional por parte de la persona que lo desarrolla, para posteriormente sustituirlo en una columna adyacente por otro pensamiento más realista y ajustado a la realidad.

- Cuestionario para la evaluación de satisfacción con el programa. El mismo contiene 15 preguntas relacionadas con el agrado y satisfacción del programa desarrollado, dirigidas a los participantes del mismo. 3 de estas 15 preguntas son abiertas y el resto contienen una escala numerada de 0-4 para responder (véase anexo 3). Esta propia de desarrollo propio ha sido diseñada exclusivamente para este estudio.

Procedimiento

Para comenzar y llevar a cabo el programa, se establecen los siguientes criterios de inclusión que deben cumplir los participantes del mismo:

- Estar de acuerdo con la finalidad de la actividad y las implicaciones que conlleva su participación. (Cumplimentar el consentimiento informado)
- Tener acceso a la tecnología indispensable para el desarrollo de las actividades.
- Puntuar por encima del centil 75 en el test STAI-R (Ansiedad Rasgo)

La intervención propuesta constará de 7 sesiones online en total, las cuales tendrán lugar una vez por semana, con una duración estimada de 60 minutos aproximadamente, en aquellos días que se acuerde mutuamente por los participantes y el investigador.

En cuanto al desarrollo de las actividades/sesiones que conforman el cuerpo de la intervención se ha optado por la modalidad virtual; es decir mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC), a través de video llamadas. Será mediante el uso de este sistema con el que se pondrá en contacto el investigador y los participantes para desarrollar las actividades de cada sesión, además del uso del correo electrónico para la transmisión de información, documentos, pruebas, etc.

El motivo por el cual se ha optado por elegir dicho modo de proceder (a través del uso de las TIC), se debe a la situación de alarma sanitaria existente en el momento de llevar a cabo la intervención a causa de la pandemia mundial originada por el SARS-CoV-2; dado que las medidas de prevención sanitarias para evitar la propagación de contagios, impiden el desarrollo del programa a través de la modalidad presencial (en formato grupal). Por lo que para garantizar la seguridad de las personas implicadas en el estudio, se procederá a través del modo descrito.

Una vez finalicen las sesiones del mismo, se pedirá a los participantes que cumplimenten de nuevo los mismos instrumentos que se utilizaron en momentos previos al inicio de esta, a modo de medida para evaluar el posible impacto del programa desarrollado; así como la encuesta de satisfacción para con el programa.

Finalmente, una vez transcurridos 3 meses tras la aplicación del programa, se volverá a requerir de la colaboración de los participantes para cumplimentar de nuevo las pruebas e inventarios utilizados en momentos previos y finales al programa y de nuevo, se pedirá que

rellenen la encuesta de satisfacción para con el procedimiento realizado, y en la cual se recogerán de nuevo los aspectos subjetivos de los mismos.

A continuación se desarrollarán los bloques que componen el programa de intervención tal y como se menciona al principio del actual apartado.

Bloques de contenidos de la intervención:

➤ Evaluación inicial y establecimiento de contacto.

- Sesión 1:

En la primera sesión, se realizará una actividad que permita el conocimiento y toma de contacto entre participantes e investigador, con la meta de establecer una buena relación entre el grupo.

Para ello se dedicará la primera mitad de la sesión (30 minutos). Durante este tiempo, se invitará a los participantes a presentarse al resto de los miembros que conforman el grupo y también se les pedirá que expongan sus expectativas, hipótesis, ideas sobre el programa en el que van a participar. Una vez finalizada la actividad inicial, el investigador introduce la naturaleza, finalidad, objetivos que se plantean con el programa en el que van a participar y se resuelven aquellas dudas que puedan tener los participantes.

A continuación, se destinará el resto de la sesión a completar los instrumentos de evaluación que los participantes tendrán que cumplimentar previamente al inicio del programa psicoeducativo.

Con este bloque se pretende cumplir el primer objetivo específico de evaluación de constructos en los participantes.

➤ Psicoeducación.

- Sesión 2:

Durante la segunda sesión y previa a la sesión psicoeducativa, se realizará una evaluación conceptual de todos los participantes mediante una prueba de evaluación inicial de conocimientos elaborada para dicho fin (ver anexo 1); en esta se recogerán los posibles conocimientos, ideas, concepciones previas, etc. que los miembros del grupo puedan tener sobre ansiedad y depresión. Con esta actividad, se pretenderá introducir a los participantes en la dinámica a seguir para con las futuras sesiones; ya que en

ellas se trabajarán actividades relacionadas con las variables señaladas. Además se buscará consolidar la adopción de una actitud óptima de trabajo y participación por parte de los miembros (la cual será de suma importancia para la realización y viabilidad de actividades futuras), otorgar la posibilidad al investigador de establecer y consolidar un “*rapport*” que facilite y asegure la continuidad de los participantes en la intervención, y servir como una medida más para evaluar el conocimiento de los participantes en momentos previos a la aplicación del presente programa y una vez finalice este.

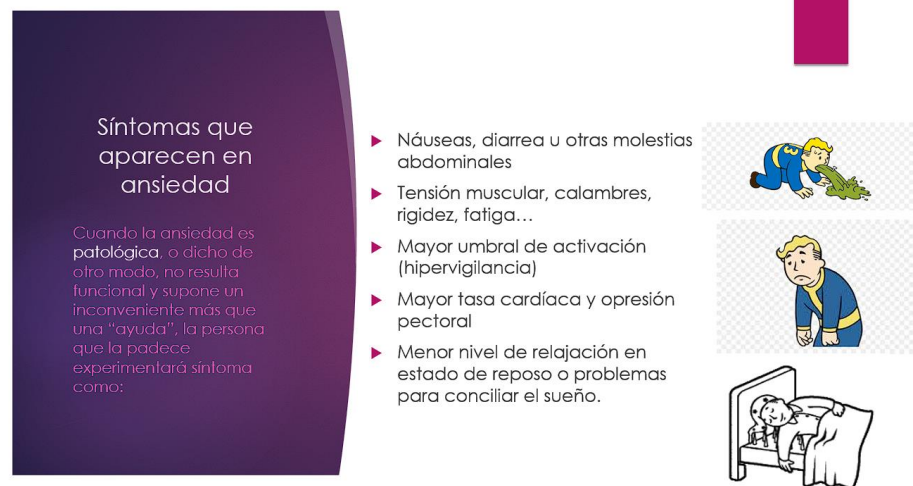
Por otro lado, y una vez cumplimentada esta prueba de evaluación conceptual por todos los participantes, se destinará el tiempo restante de la sesión a comentar, profundizar o resolver cualquier cuestión relacionada con las preguntas formuladas en la mencionada prueba o que estén relacionada con la temática que se está abordando. Esta actividad se desarrollará en forma de coloquio, en la que el investigador adoptará una posición de mediador y de informador en caso de que las cuestiones no puedan ser concluidas por los propios participantes.

También tendrá la función de incentivar el contacto entre los miembros, para que estos resuelvan y discutan activamente sobre las cuestiones que se traten durante la actividad.

- Sesión 3:

El cometido principal en esta sesión, será el de ofrecer a los participantes información detallada sobre las principales características que originan las alteraciones emocionales subclínicas en personas. Se tratarán aspectos como: posibles factores desencadenantes, curso, sintomatología, repercusiones asociadas..., todo ello con la finalidad de ofrecer y dotar de contenidos a los participantes; así como profundizar o resolver cualquier

duda o curiosidad que pudiera existir a cerca de los mismos temas.



(Imagen 1: Ejemplo de diapositiva utilizada en la sesión 3. Elaboración propia)

Para ello se hará uso de una presentación, en formato de diapositivas en la cual se explorarán los contenidos principales de ambos trastornos y a su vez, se introducirá la fundamentación de las actividades que tendrán lugar en las sesiones posteriores.

Tanto en la sesión número 2 como en la 3, se pretende alcanzar el primer objetivo específico de concienciación y dotación de información sobre problemas de tipo emocional.

➤ **Entrenamiento en técnicas.**

- **Sesión 4:**

Para la presente sesión, se llevará a cabo un programa de entrenamiento de relajación progresiva y respiración controlada con los participantes. Dicha sesión adoptará la siguiente disposición:

1. Breve introducción conceptual sobre las dos técnicas mencionadas (relajación progresiva y respiración controlada). Se aprovechará dicho apartado para enlazar a su vez con los contenidos tratados en sesiones previas; es decir, se establecerá una relación entre las técnicas y la importancia de su práctica en casos clínicos de ansiedad y depresión.

2. Justificación de la inclusión de ambas técnicas y qué fin pretenden mediante la práctica por parte de los participantes.

3. Explicación, ejemplificación y práctica guiada de ambas técnicas. El investigador ofrecerá las pautas a seguir para realizar las técnicas de manera adecuada, realizará un ensayo en la que actuará como modelo sobre cómo realizar ambas técnicas adecuadamente y animará a los participantes a realizar ambas técnicas bajo la supervisión de este (el investigador).

Las técnicas a entrenar serán:

- Entrenamiento en relajación progresiva (7 grupos musculares). En la cual se trabaja la tensión y distensión de los 7 grupos musculares, conformados estos por. Brazo dominante y no dominante (grupos 1 y 2); músculos faciales (grupo 3); cuello (grupo 4); tórax, hombros, espalda y abdomen (grupo 5); pierna dominante y no dominante (grupos 6 y 7).

Se ha optado por trabajar la relajación progresiva en estos grupos y no otros por la simplicidad que presentan al estar agrupados 7 grupos en lugar de divididos en una cantidad mayor de grupos musculares. No obstante, en la literatura existente sobre técnicas de relajación progresiva, se recomienda iniciar por una división de 16 grupos musculares en lugar de 7. Sin embargo, por el motivo anterior de simplicidad y debido al factor limitante de tiempo, se ha dispuesto la sesión de manera que se lleve a cabo el entrenamiento de los 7 grupos descritos.

- La segunda técnica a realizar será la de respiración controlada. Dicha técnica consiste en la alteración voluntaria del ritmo y modo de respirar, con la finalidad de reducir los niveles de activación en la persona que lo practica. Todo ello debido a su vez a la conocida repercusión que tiene en la disminución y aumento en la actividad de los sistemas nervioso simpático y parasimpático respectivamente.

El presente ejercicio tiene una duración de 2-3 minutos y durante este tiempo se realizará una respiración caracterizada por los siguientes ritmos de inhalación y exhalación:

- 3-2 segundos de inhalación por la nariz.
- 1 segundo de pausa con retención de oxígeno.

- 3-2 segundos de exhalación por la nariz.

En todo momento se implicará la activación del diafragma para llevar a cabo la respiración, evitando el uso exclusivo de la parte superior del tórax para ello (respiración torácica o superficial); ya que este tipo de respiración es contraria a la finalidad que se pretende lograr con la presente actividad.

¿En qué técnicas nos vamos a centrar?

► Relajación progresiva (7 grupos):

- Se practica mediante la tensión y relajación de 7 grupos musculares concretos.
- Tiene como finalidad reducir la tensión corporal en el cuerpo de quienes la practican.
- En clínica se utiliza para que las personas, con la práctica, sean capaces de alcanzar un estado de relajación y autocontrol ante situaciones aversivas o demandantes.

► Respiración controlada:

- Se practica mediante la alteración en el modo de respirar, por uno más pausado y controlado.
- Su base empírica radica en la estimulación del S.N.Parasimpático (estimula el nervio vago), reduciendo las constantes vitales.
- Reduce la activación nerviosa y disminuye los estados de hiperventilación que sufren las personas en situaciones potencialmente ansiógenas.



(Imagen 2: Ejemplo de diapositiva utilizada en la sesión 4. Elaboración propia)

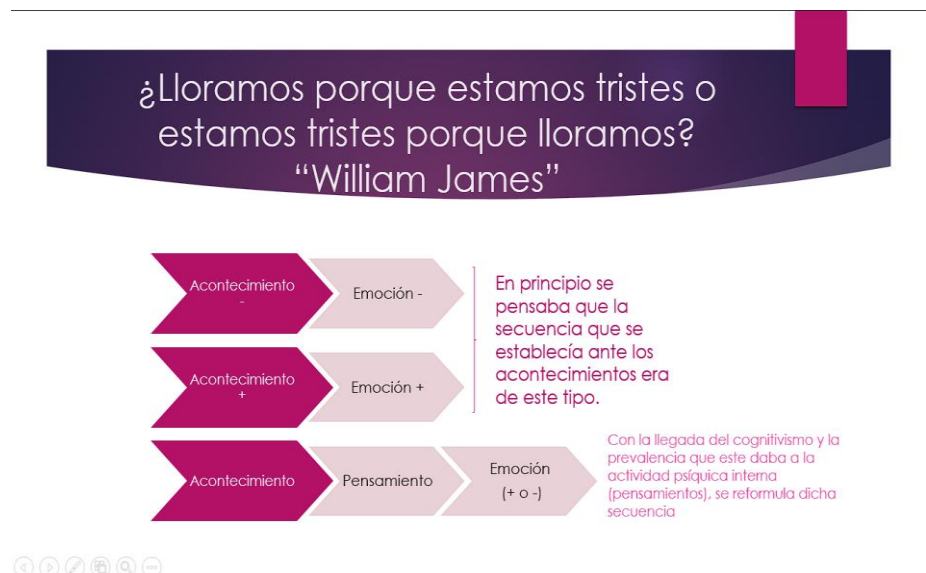
4. Práctica individual autónoma. Una vez finalizado el ensayo y en ausencia de errores en la puesta en práctica de ambas técnicas, el investigador propondrá a los participantes la labor de practicar ambas técnicas (relajación progresiva y respiración controlada) durante 1 semana, al menos 2 veces al día cada una de ellas. Además de ello, les ofrecerá un autorregistro que será recomendable que estos rellenen y en el cual, habrán de anotar el nivel de activación experimentado en momentos previos de llevar a cabo la actividad y una vez finalizada ésta. (Véase anexo 2). Además se les ofrecerá información por escrito sobre las pautas a tener en cuenta y ejercicios a practicar para llevar a cabo ambas técnicas y una grabación de audio, en la cual se ofrecerá una guía para llevar a cabo ambas técnicas.

5. Dudas y preguntas. Al finalizar el envío de tareas para su práctica individualizada, el investigador abrirá un turno de preguntas en

el cual, los participantes podrán transmitirle las dudas que hayan podido presentar a lo largo de toda la sesión. Una vez cerrado dicho turno, se dará por concluida la sesión, aunque los participantes podrán comunicarse con el investigador vía online, si durante la práctica de dichas actividades tuviesen alguna duda o dificultad con respecto al desarrollo de las mismas.

- Sesión 5:

Durante el desarrollo de la quinta sesión grupal del programa, se concertará nuevamente una reunión por video llamada con los participantes, en la cual se les ofrecerá una sesión informativa en la cual se abordarán los conceptos de: pensamientos irracionales y conductas asertivas. En concreto, se ofrecerá a estos una definición conceptual de cada uno de los constructos, implicaciones y repercusiones de los mismos en la calidad de vida de las personas (cuando son inadecuados), información adicional (patrones de comportamiento asertivo, reinterpretar los pensamientos negativos para reducir su repercusión,...), entre otra información que sea de interés y/o demanden los participantes. Todo ello acompañado a través de una presentación en diapositivas.



(Imagen 3: Ejemplo de diapositiva utilizada en la sesión 5.
Elaboración propia)

En adición a lo anterior y una vez finalizada la parte expositiva de información, se invitará a los participantes a realizar una actividad de reestructuración cognitiva, a través de la corrección y modificación de pensamientos irracionales que estos puedan presentar o haber experimentado en alguna etapa de sus vidas. Para ello, se pedirá a cada uno de ellos que escriban en un folio aquellos pensamientos que suelen tener en multitud de ocasiones y que, de acuerdo con la información previa ofrecida, ellos consideren como irracionales. Previamente al desarrollo de dicha actividad, el investigador planteará un ejemplo sobre un caso inventado.

Una vez finalizada la tarea anterior por todos los participantes, el investigador abrirá un turno de preguntas, donde los participantes podrán comentar las dudas que hayan podido tener en la elaboración del fragmento, evaluar si se ha realizado adecuadamente la actividad, entre otras cuestiones relacionadas con la misma.

Una vez verificada la ejecución de la tarea y finalizada ésta, se instará de nuevo a los participantes a que elaboren de nuevo un fragmento de esa misma situación, pero esta vez alterando y corrigiendo el curso y forma de los pensamientos irracionales previos, por otro más objetivos, adaptativos, elaborados, etc. Para ello contarán con el apoyo y supervisión del investigador en todo momento.

Finalmente, se ofrecerá a los participantes el fundamento de la actividad que acaban de realizar y se les explicará por qué es una herramienta útil para la reestructuración cognitiva y qué repercusiones beneficiosas puede tener en quienes la practiquen.

➤ **Evaluación posterior.**

- **Sesión 6:**

El cometido principal de la actual sesión será el de evaluar y recoger nuevamente datos de los participantes, que permitan observar los posibles cambios que hayan podido aparecer en los constructos medidos previamente al desarrollo del programa y que puedan deberse al mismo. Para ello, se volverá a citar a los miembros a una reunión de video llamada, en la cual se les pedirá que cumplimenten de nuevo las pruebas de evaluación de constructos psicológicos señaladas en la sesión 1.

Una vez todos los participantes hayan rellenado dichas pruebas, se les pedirá de nuevo que realicen la misma prueba de evaluación conceptual demandada en la sesión 2 (anexo 1); de modo que pueda observarse si se han producido cambios en las respuestas por parte de estos, y que evidencien un incremento de conocimiento en los contenidos tratados en el programa o en caso contrario, que no se hayan producido cambio alguno.

Finalmente, una vez se dé por concluida la sesión, se informará a los participantes de que recibirán en sus correos electrónicos un documento, que consistirá en una encuesta de satisfacción (ver anexo 3), el cual se pedirá que rellenen y manden de nuevo al investigador. Esta medida, tendrá como función principal la de dar retroalimentación subjetiva al investigador sobre el programa aplicado.

Esta sesión está orientada de acuerdo en el cuarto objetivo específico de evaluación post-programa.

➤ **Seguimiento.**

- **Sesión 7:**

En este último bloque que forma parte del programa psicoeducativo, se evaluará a los participantes del mismo a través del uso de todas las pruebas mencionadas y empleadas en los momentos previos y posteriores a la aplicación de dicho programa. En este caso, una vez hayan transcurrido 3 meses tras la finalización del programa psicoeducativo. Todo con la finalidad de evaluar si los cambios que se hayan obtenido a través del programa, se mantienen en el tiempo o por el contrario no persisten. Esta última sesión tendrá una duración aproximada de 60 minutos y su desarrollo será similar al de la sesión 6; es decir, a través de video llamada grupal en la que cada miembro cumplimentará las pruebas individualmente. Se tiene previsto desarrollar dicha sesión el día 4 sábado, del mes de septiembre de 2021.

Además de la actuación anterior, se mantendrán sesiones periódicas e individuales con los participantes cada 2 semanas (una vez haya finalizado la sesión 6), cuya duración no superará los 5 minutos de duración. Siendo un total de 36 sesiones (6 sesiones por participante). El cometido de las mismas será el de observar la progresión de los participantes, ofrecer información que estos demanden sobre sus puntuaciones en las pruebas de evaluación que

se les realizó con anterioridad, ofrecer pautas de actuación y orientar en el uso de las estrategias entrenadas en las sesiones del programa, entre otras. Los datos recogidos en estas sesiones se analizarán junto con los obtenidos en la sesión de seguimiento.

4. Resultados

Una vez finalizado el programa descrito, se llevó a cabo el procedimiento necesario para la obtención de los resultados que permitieran confirmar la consecución de los objetivos establecidos, para ello se utilizó el programa de análisis de datos estadístico SPSS, para poder obtener todos los valores estadísticos reflejados a continuación. Para calcular y reflejar dichos valores, se realizó una comparación intrasujetos de medidas repetidas pre-post sobre las puntuaciones obtenidas en los instrumentos de medida utilizados, los cuales se han descrito previamente en el apartado de técnicas del presente documento. El análisis de los datos fue de tipo no paramétrico, (debido al bajo tamaño de la muestra $N=6$). El estadístico empleado para dicho análisis fue el de prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.

Dicho esto y en cuanto a la consecución del primer objetivo se refiere (comprobar el incremento de conocimiento de los participantes sobre las características de ansiedad y depresión), se analizó el instrumento diseñado específicamente para dicho fin (ver anexo 1). La evaluación cualitativa, basada en función de las respuestas que los participantes ofrecían en las distintas cuestiones del instrumento, señalaron un aumento de las nociones sobre ambos constructos por parte de los participantes; ya que en cuanto a información sobre ambos constructos se refiere, estos mostraban una mayor elaboración, complejidad y acierto en sus respuestas. Por otro lado, al realizar la evaluación cuantitativa del cuestionario (con valor 0 si la respuesta a la pregunta es errónea y 1 si es correcta), se obtuvo tras el análisis estadístico de las puntuaciones los siguientes valores: $Z = -2,214$, $p = 0,027$, media pre = 5,83, DT pre = 1,47, media post = 8, DT post = 0,63.

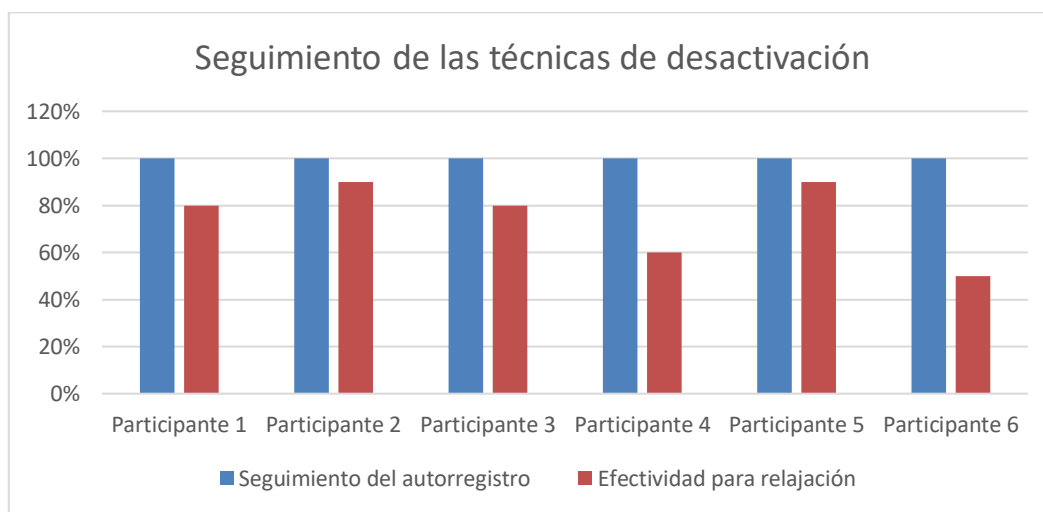
A continuación, para verificar si se había cumplido el segundo de los objetivos del programa y referido a la reducción de síntomas subclínicos de depresión, se analizaron las puntuaciones que los participantes obtuvieron en el BDI, dando como resultado de dicho análisis los siguientes datos: $Z = -2,214$, $p = 0,027$, DT pre = 4,41, media pre = 11,33 y DT post = 3,58 y media post = 7.

Para determinar si se había alcanzado el tercer objetivo delimitado y que se concreta en comprobar si se reducen los niveles subclínicos de ansiedad estado y rasgo en los participantes

tras finalizar el programa, se llevó a cabo un análisis estadístico pre-post (al igual que con el resto de pruebas), de las puntuaciones que los participantes obtuvieron en el STAI. Sin embargo, no se obtuvieron mejoras significativas en dichas puntuaciones.

Por otro lado, sí se obtuvieron datos muy positivos en cuanto a la consecución del cuarto objetivo, el cual alude a la comprobación acerca de la efectividad de las técnicas de desactivación en la reducción de los niveles de activación de los participantes. Para realizar dicho análisis, se tuvo en cuenta el autorregistro diseñado para tal fin (véase anexo 2). Además, también se evaluó la consecución de dicho objetivo mediante preguntas directas a los participantes sobre la práctica de las mismas (técnicas de desactivación), durante las sesiones periódicas con los mismos. Se hallaron los siguientes datos:

En primer lugar, el desarrollo de las actividades y seguimiento de las mismas fuera de las sesiones fue de un 100%. Por otro lado, en cuanto a efectividad de las mismas se refiere para alcanzar un estado de relajación y/o disminución de los niveles de activación en momentos previos, se han obtenido valores superiores al 50%, con casos muy positivos llegando al 80% y uno de ellos alcanzando incluso un 90% de efectividad para la reducción de la activación previa.



Continuando con el siguiente de los objetivos del programa, el cual hacía alusión a la comprobación de la eficacia para la reducción de pensamientos irracionales, se realizó lo siguiente: para poder obtener los resultados del inventario de pensamientos irracionales, se agruparon los valores totales obtenidos en los 15 tipos de variantes de pensamientos evaluados por dicho instrumento en 2 puntuaciones totales pre y post; es decir “total de pensamientos irracionales pre” y “total de pensamientos irracionales post”. Una vez hecho esto, se realizó de nuevo el análisis estadístico de Wilcoxon para dichos datos y se obtuvo una $Z = -1,753$ y una $p = 0,08$ (con DT pre = 6,06 con media pre = 36,4 y DT post = 5,89 y media post = 32,33),

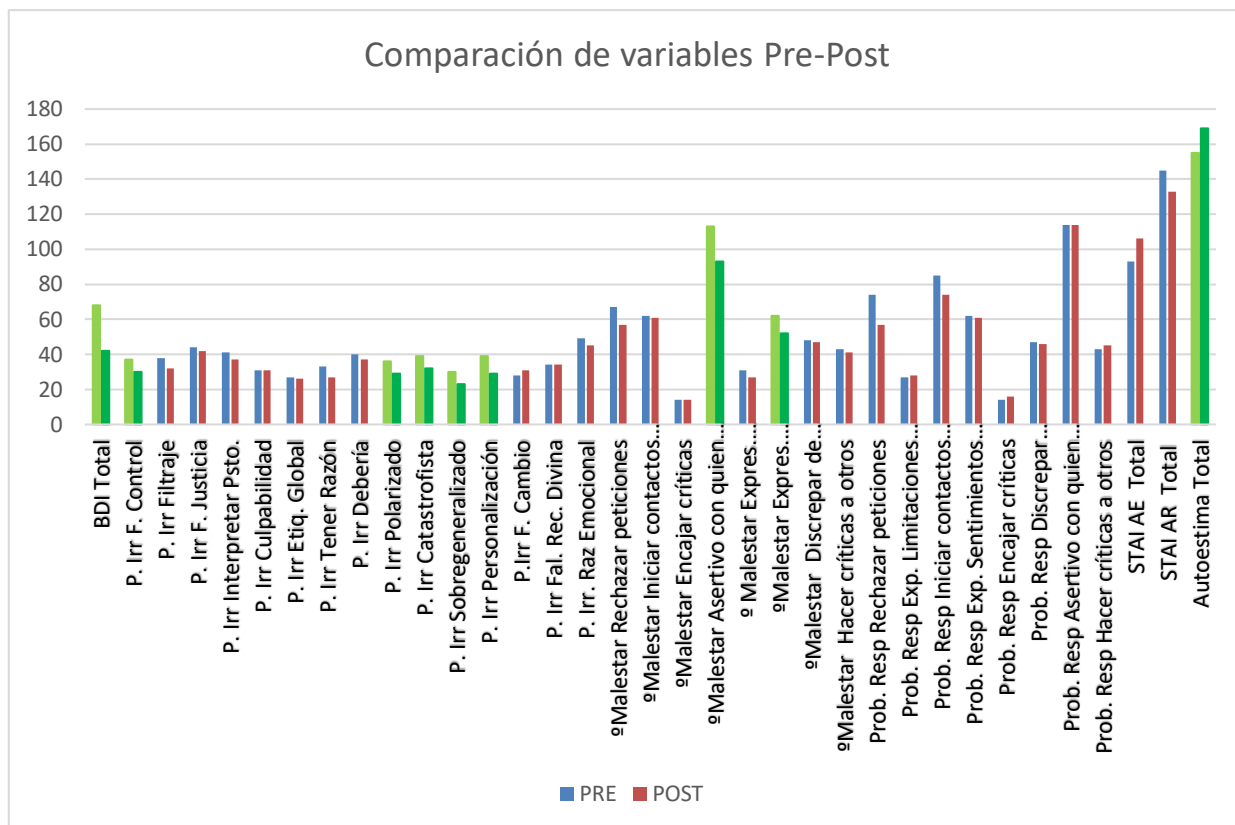
marginalmente significativas. En concreto, la mejora se experimenta en la categoría pensamientos irracionales relacionada con la “predicción de acontecimientos futuros”; dentro de la cual se hallan las variantes de pensamientos irracionales recogidas en dicho test bajo la nomenclatura de: Pensamientos de catastrofismo, sobregeneralización, falta de control, pensamiento polarizado y personalizado.

En cuanto al análisis del sexto objetivo, el cual se concretaba en comprobar si el programa repercutía e incrementaba la emisión de conductas asertivas, se analizó el estadísticamente en inventario de asertividad administrado en momentos pre-post obteniendo lo siguiente: en la dimensión de grado de malestar de “expresión de sentimientos positivos” del inventario de asertividad se obtuvo (una $Z = -2,060$, $p = ,039$, DT pre = 1,3 , media pre = 10,33 y una DT post = 1,03 y media post = 8,67) y en la dimensión de grado de malestar de “asertivo con quien ofrece sus servicios” (con una $Z = -2,207$, $p = ,027$, DT pre = 2,64, media pre = 18,83 y con una DT post = 2,66 y una media post = 15,5).

Finalmente, para verificar si se cumplía el séptimo objetivo del programa y que se conceptualizó de la siguiente manera: comprobar si el programa incrementa la autoestima de los participantes. Se analizaron las puntuaciones obtenidas (de nuevo en momentos pre-post) en la escala de autoestima de Rosenberg, obteniéndose los siguientes datos: $Z = -1,857$, $p = 0,063$, DT pre = 7,68, media pre = 25,83 y DT post = 7,68 media post = 28,17; marginalmente significativo.

En cuanto al último objetivo, el cual tiene como cometido verificar si los cambios obtenidos con la implantación del programa se mantienen en el tiempo, aún está por evaluarse; ya que no ha pasado el tiempo delimitado para realizar la comprobación que ofrezca dichos datos, debiendo postergarse estos a futuro.

En último lugar, en cuanto a la consecución del objetivo general respecta, puede concluirse de acuerdo con los datos ofrecidos anteriormente que este llega a cumplirse parcialmente; ya que se ha logrado una mejora en problemas de tipo emocional, relacionados con ansiedad y depresión a niveles subclínicos tras aplicar un programa psicoeducativo basado en la modalidad transdiagnóstica. Tal y como refleja el siguiente gráfico.



(Aquellas variables resaltadas en color verde fueron estadísticamente significativas).

Adicionalmente, también se evaluó la satisfacción de los participantes para con el programa desarrollado, para comprobar el respaldo y aceptación que este había tenido entre los participantes; así como también recoger sugerencias sobre posibles mejoras que podían realizarse en este (ver anexo 3). La administración de esta prueba se realizó de manera virtual. Los participantes no sugirieron mejora alguna a realizar y el grado de satisfacción de estos para con el mismo fue elevada-alta.

5. Discusión

A continuación y a la vista de los datos obtenidos tras analizar las variables recogidas a través de los instrumentos y pruebas utilizadas en el programa actual estos (los datos), han resultado ser muy prometedores, sobre todo si se tiene en cuenta la breve duración del programa y la ausencia de conocimientos previos por parte de los participantes para ejecutar las técnicas aplicadas antes de participar en el programa. Ante estos hechos, cabe concluir lo siguiente:

En primer lugar, si se atienden a los resultados relacionados con el primero de los objetivos que se pretendía conseguir con la implementación del programa se observa, la

consecución de dicho objetivo, dado que así lo respaldan los datos que se adjuntan, los cuales resultan significativos. Confirmándose a su vez la respectiva hipótesis formulada, en la que se esperaba un incremento del conocimiento de los participantes sobre los constructos de ansiedad y depresión. Este hecho quizá pueda deberse al formato de presentación de los contenidos; ya que se trata de una modalidad a la cual los participantes estaban acostumbrados, así como también pueda deberse en parte, a la disponibilidad que el investigador mostró a la hora de atender sus demandas y peticiones en cuanto a los contenidos que se estaban desarrollando. El formato virtual para llevar a cabo la implantación de programas e intervenciones psicológicas es una metodología que está experimentando cierto auge a día de hoy; ya sea por la situación actual de pandemia, comodidad y compatibilidad de los usuarios, así como por el avance experimentado en los últimos años en las TIC y que han permitido que este y otro tipo de aplicaciones similares sean posibles. Un ejemplo de ello puede observarse en (Titov, Blake, Johnston y Terides, 2012).

Por otro lado, si se atiende al segundo de los objetivos, el cual tenía como fin, comprobar si la sintomatología subclínica depresiva se reduce tras la aplicación del programa. También se observa una reducción significativa de dicha sintomatología, dado que así lo muestran los respectivos resultados. Esto se asemeja a su vez a los resultados encontrados por Chorot (2019), en la intervención llevada a cabo por dicho autor bajo la aplicación de un programa basado en la metodología transdiagnóstica, al igual que lo obtenido por Seager, Rowley y Ehrenreich-may (2014), en su estudio de caso único. Ante dichas evidencias, es factible sugerir que este tipo de intervención, basada en el transdiagnóstico, resultan pues útiles en aquellas situaciones en las que se pretenda abordar aquellos síntomas relacionados con depresión. Ya sea a niveles graves, como los de dichos estudios, o subclínicos como los del programa actual.

En cuanto a la consecución del tercer objetivo, tal y como se refleja en los resultados, no se comprueba que el programa psicoeducativo logre reducir los niveles de ansiedad estado y rasgo en los participantes. Los datos que se obtuvieron mostraban un leve descenso, aunque estos estaban lejos de ser significativos. No obstante, esto quizá haya podido deberse a variables extrañas que no han sido tenidas en cuenta como por ejemplo: demandas laborales, pruebas académicas, situación de confinamiento, etc. Las cuales han podido repercutir negativamente en la consecución de este objetivo. Se comprobará de nuevo si se cumple el objetivo o no, con la evaluación de seguimiento fijada a tal fin. Sin embargo, estos datos no desacreditan al modelo transdiagnóstico como método para abordar la ansiedad; dado que en otros estudios como el de

Avitia (2019), sí se obtuvieron resultados significativos en el tratamiento de este tipo de síntomas entre otros como los de depresión, en una muestra de participantes cuyas edades se asemejan a la de la muestra del programa actual.

De acuerdo con lo dispuesto en el cuarto objetivo, el cual tenía como misión comprobar la efectividad de las técnicas de desactivación para reducir los niveles de activación de los participantes, se puede afirmar, de acuerdo con los datos obtenidos, que el objetivo logra conseguirse. Ya que como puede observarse en el gráfico relacionado, todos los participantes logran conseguir una reducción de dichos niveles, aunque eso sí, con distinta efectividad. Aunque esto quizá pueda deberse a las condiciones únicas y peculiares de cada individuo. Por otro lado, los factores que quizá hayan contribuido a tal logro puedan ser: el uso detallado de imágenes para llevar a cabo las técnicas durante las sesiones expositivas, la grabación de una guía para llevarlas a cabo o quizá pueda deberse también a la reducción de pasos a realizar a la hora de aplicar las técnicas de desactivación, ya que ello ha podido influir en la accesibilidad y tiempo disponible para ejecutarlas por parte de los participantes.

En cuanto al quinto objetivo se refiere, el cual está relacionado con la comprobación de la capacidad del programa para la reducción de pensamientos irracionales, los datos sugieren un éxito marginalmente significativo para dicho fin. Suceso similar al observado en el estudio llevado a cabo por Mohajerin et al. (2019), en el cual también se abordan aspectos relacionados con los pensamientos de tipo irracional, en este caso, centrados en el trastorno de dismorfia corporal. Otra intervención cuyo objetivo era la reducción de un tipo concreto de pensamientos (pensamientos negativos repetitivos concretamente), bajo el modelo transdiagnóstico fue la de Akbari, Roshan, Shabani, Fata, Shairi y Zarghami (2015), en la cual también se logra la reducción significativa de este tipo de pensamientos y a su vez se alude a la positiva repercusión que esto supuso de cara al descenso de otros problemas de tipo emocional en la muestra con la que se trabajó. Cabe la posibilidad pensar que los resultados obtenidos en el programa para la con dicho objetivo, vengan propiciados en su mayoría por la actividad de restructuración de pensamiento llevada a cabo durante la sesión número 5 (ver apartado de técnicas para más detalle). Se evaluará durante la sesión de seguimiento si estos resultados se mantienen o mejoran con el paso del tiempo, o por el contrario esto no se consigue. De acuerdo con los resultados del programa, como con los ofrecidos por los estudios mencionados, el transdiagnóstico también se presenta como una vía aparentemente eficaz para tratar aquellos aspectos cognitivos que son causa y/o consecuencia de los distintos problemas emocionales.

En cuanto al incremento en la emisión de conductas asertivas se refiere, el objetivo destinado a comprobar si el programa era capaz de conseguir dicho incremento se cumple parcialmente, ya que muestra resultados significativos en las puntuaciones de la prueba destinada a evaluar dicha evolución, aunque no en todas las categorías que componen dicha prueba. Esto en parte quizá pueda haberse debido a la situación de confinamiento que actualmente sufrían todos los participantes del estudio; ya que ello ha limitado en gran parte la posibilidad de estos para desarrollar y emitir conductas de tipo asertivo fuera de un entorno tan aparentemente reducido como es el familiar. Pudiendo contaminar dicha situación a su vez, los datos obtenidos.

En lo que respecta al objetivo relacionado con la comprobación del aumento de autoestima en los participantes tras participar en el programa, los datos son muy positivos y significativos. Reflejando dicho incremento en los participantes y repercutiendo a su vez en la reducción de problemas emocionales. No obstante, conviene ser cuidadosos con estos datos, dado que no está claro aún si dicho logro se debe a una mejora directa en la autoestima por la participación en el programa psicoeducativo, o bien se debe a la mejora experimentada en otra variable y que a su vez ha repercutido en la autoestima de los participantes, tal y como sucede en el estudio de Seager et al. (2014), en el cual se obtuvo un aumento de autoestima tras reducir la sintomatología depresiva y ansiógena en una paciente de 17 años de edad. Sin embargo, esta es en parte la finalidad que se busca al aplicar un programa, terapia, intervención... basado en el modelo del transdiagnóstico, como así lo reflejan en el respectivo artículo González-Robles et al. (2015).

Otro de los objetivos tenía como finalidad evaluar el grado de satisfacción de los participantes para con el programa, así como recoger y nutrirse de las sugerencias y recomendaciones que estos ofrecían al investigador, para retroalimentar y optimizar al programa. En general todos los participantes se mostraron ampliamente satisfechos con su participación en el programa y con los contenidos que este a su vez les había ofrecido. En cuanto a sugerencias se refiere, no fueron muchas las que se sugirieron, en gran medida porque el programa trató de adaptarse lo máximo posible a las peticiones de los participantes. Aunque sí cabe resaltar de cara a esta y a futuros programas y/o intervenciones, la preferencia que todos mostraron por la modalidad virtual como vía para el desarrollo de las sesiones. Esto supone una opción más a tener en cuenta y ofrecer por parte de los profesionales de este y otros ámbitos, cuando se trate de implementar cualquier programa o intervención de este tipo; ya que para algunos

usuarios, como los del programa actual o los incluidos en la intervención realizada por Marín et al. (2021), puede resultar más atractivo o recomendable que optar por la aplicación en formato presencial.

Finalmente y a modo de conclusión tras analizar y discutir los resultados obtenidos tras finalizar el programa y en vista de estos, el programa psicoeducativo basado en la metodología transdiagnóstica ha mostrado ser efectivo para la reducción de la sintomatología subclínica, relacionada con problemas de tipo emocional. Especialmente en este caso con sintomatología relacionada con depresión, autoestima, asertividad y pensamientos de tipo irracional. Estudios como el de Hoda, Gharraee, Ali-Asghar, Mir Farhad y Habibi (2018), o el de Osma, Martínez, Quilez y Peris (2021), también dan prueba de la viabilidad que ofrece la metodología transdiagnóstica para la reducción de estos y otros síntomas, los cuales afectan a la integridad física y mental de las personas y por ende repercutiendo de manera negativa en su salud y calidad de vida. Esto a su vez reafirma y confirma lo reflejado en el estudio llevado a cabo por López (2013), en el cual se comprobó también la eficacia del modelo terapéutico transdiagnóstico o protocolo unificado, en este caso para tratar y reducir la sintomatología referida a los problemas emocionales en una muestra de 8 personas diagnosticadas con trastorno de personalidad límite, obteniendo datos a su vez que respaldaban dicha hipótesis.

Al igual que la autora mencionada en el párrafo anterior señala, el transdiagnóstico como modelo terapéutico supone una ventaja en término de costes y beneficios para abordar de manera amplia e integral las distintas problemáticas que presentan las personas, al menos en cuanto a problemas de tipo emocional se refiere. Aunque como se ha visto y reflejado a lo largo de este documento, autores distintos también han obtenido mejoras en otras áreas tras aplicar dicho modelo, áreas que si bien pueden estar influenciadas por problemas emocionales, no se circunscriben dentro de estas, dejando entre ver el amplio potencial que ofrece el transdiagnóstico a la hora de atender y tratar las múltiples problemáticas que las personas que demandan los servicios terapéuticos presentan, reportándoles unos mayores niveles de recuperación en las distintas áreas comprometidas y por ende ofreciendo una mayor calidad de vida y bienestar.

6. Referencias

- Akbari, M., Roshan, R., Shabani, A., Fata, L., Shairi, M. R. y Zarghami, F. (2015). Transdiagnostic Treatment of Co-occurrence of Anxiety and Depressive Disorders based on Repetitive Negative Thinking: A Case Series. *Iranian Journal of Psychiatry*, 10(3), 200-211.
<http://www.ujaeen.debiblio.com/login?&url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/transdiagnostic-treatment-co-occurrence-anxiety/docview/1728137485/se-2?accountid=14555>
- Avitia, G. (2019). Efectividad del tratamiento transdiagnóstico en población con trastornos de ansiedad de dos ciudades. Datos preliminares. *Instituto de Ciencias Sociales y Administración*. <http://cathi.uacj.mx/20.500.11961/8473>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T., y Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders. *Jama Psychiatry*, 74(9), 875.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Barlow, D. H., Farchione, T.J., Sauer-Zavala, S., Murray-Latin, H., Ellard, K., Bullis, J., Bentley, K., Boettcher, H., y Cassiello-Robbins, A. (2017). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide* (2nd ed.). Oxford University Press, USA.
- Chorot, P. (2019). Transdiagnostic treatment in a clinical case of high comorbidity of emotional disorders: application of the unified protocol. *Revista argentina de clínica psicológica*. Published. <https://doi.org/10.24205/03276716.2019.1092>
- Ferrer, L., Martín-Vivar, M., Pineda, D., Sandín, B. y Piqueras, J. A. (2018). Relación de la ansiedad y la depresión en adolescentes con dos mecanismos transdiagnósticos: el perfeccionismo y la rumiación. *Behavioral Psychology*, 26(1), 55-74.
<http://www.ujaeen.debiblio.com/login?&url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/relación-de-la-ansiedad-y-depresión-en/docview/2034051933/se-2?accountid=14555>

- García-Escalera, J., Chorot, P., Sandín, B., Ehrenreich-May, J., Prieto, A. y Valiente, R. M. (2018). An Open Trial Applying the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (UP-A) Adapted as a School-Based Prevention Program. *Child & Youth Care Forum*, 48(1), 29–53. <https://doi.org/10.1007/s10566-018-9471-0>
- González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., Muñoz-Navarro, R., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., Ruiz-Torres, M., Dongil Collado, E., y Cano-Vindel, A. (2018). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.005>
- González-Robles, A., García-Palacios, A., Baños, R., Riera, A., Llorca, G., Traver, F., Haro, G., Palop, V., Lera, G., Romeu, J. E., y Botella, C. (2015). Effectiveness of a transdiagnostic internet-based protocol for the treatment of emotional disorders versus treatment as usual in specialized care: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-015-1024-3>
- Grill, S. S., Castañeiras, C. E., y Fasciglione, M. P. (2017). Aplicación grupal del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en población argentina. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(3), 171. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18122>
- Hoda, V., Gharraee, B., Ali-Asghar, A., Mir Farhad, B. y Habibi, M. (2018). The effectiveness of transdiagnostic cognitive behavioral therapy for comorbid insomnia: a case report. *Iranian Journal of Psychiatry*, 13(2), 154-159. <http://www.ujaeen.debiblio.com/login?&url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/effectiveness-transdiagnostic-cognitive/docview/2085872127/se-2?accountid=14555>
- Ito, M., Okumura, Y., Horikoshi, M., Kato, N., Oe, Y., Miyamae, M., Hirabayashi, N., Kanie, A., Nakagawa, A., y Ono, Y. (2016). Japan Unified Protocol Clinical Trial for Depressive and Anxiety Disorders (JUNP study): study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0779-8>

- Lopez, E. (2013). *The Efficacy of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in the Treatment of Individuals with Borderline Personality Disorder* (Order No. 3557929). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (1346683972).
<http://www.ujaeen.debiblio.com/login?&url=https://www.proquest.com/dissertations-theses/efficacy-unified-protocol-transdiagnostic/docview/1346683972/se-2?accountid=14555>
- Marín, C., Guillén, A. I., Rodríguez-Moreno, S., Diéguez, S., Panadero, S., y Farchione, T. (2021). Aplicación del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en mujeres sin hogar: un estudio de viabilidad. *Psicoterapia*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/pst0000357>
- Mohajerin, B., Bakhtiyar, M., Olesnycky, O. S., Dolatshahi, B. y Motabi, F. (2019). Application of a transdiagnostic treatment for emotional disorders to body dysmorphic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 245, 637–644. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.058>
- Norton, P. J., y Roberge, P. (2017). Transdiagnostic Therapy. *The Psychiatric clinics of North America*, 40(4), 675–687. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.003>
- Osma, J., Martínez-García, L., Quilez-Orden, A. y Peris-Baquero, Ó. (2021). 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. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18105077>
- Rosique, M. T., Bonifacio, S., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2019). Tansdiagnostic treatment in a clinical case of high comorbidity of emotional disorders: application of the unified protocol/ Tratamiento transdiagnóstico de un caso clínico con elevada comorbilidad de trastornos emocionales: aplicación del protocolo unificado. *Revista Argentina De Clínica Psicológica*, Xxviii, 79. <http://dx.doi.org/10.24205/03276716.2019.1092>

- Rovella, A. T. y Rivarola, M. F. (2014). Factores cognitivos y emocionales como mediadores transdiagnósticos en ansiedad y depresión. In *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-035/236>
- Sandín, B. (2014). El transdiagnóstico como nuevo enfoque en psicología clínica y psiquiatría. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 111, 9-13. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906864>
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica = Transdiagnóstico: A New frontier in clinical psychology. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Pineda, D., Espinosa, V., Magaz, A., Chorot, P. (2020). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes a través de internet (iUP-A): Aplicación web y protocolo de un ensayo controlado aleatorizado. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 197. <https://doi.org/10.5944/rppc.26460>
- Seager, I., Rowley, M. y Ehrenreich-may, J. (2014). Targeting Common Factors Across Anxiety and Depression Using the Unified Protocol for the Treatment of Emotional Disorders in Adolescents. *Journal of Rational - Emotive & Cognitive - Behavior Therapy*, 32(1), 67-83. <http://dx.doi.org/10.1007/s10942-014-0185-4>
- Tan, S.-Y. (2021, 5 de enero). Intervention in research and practice. *Journal of Psychology and Christianity*. <http://www.ujen.debiblio.com/login?&url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/intervention-research-practice/docview/2470411059/se-2?accountid=14555>
- Titov, N., Blake, F., Johnston, L. y Terides, M. (2012). Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 237–260. <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2012-17-3-6020/Documento.pdf>

7. Anexos

- ANEXO 1:

Nombre:

Fecha:

A continuación, encontrará una serie de preguntas sobre los trastornos de ansiedad y depresión. Por favor, lea atentamente las preguntas y responda (en una frase o dos) del modo que considere oportuno en base a su conocimiento previo que pudiera tener sobre el contenido de la pregunta (si no conoce la respuesta puede dejarla en blanco y pasar a la siguiente).

Se recomienda no buscar la información que se pide en otro medio que no sea su conocimiento previo. Esta es una prueba de evaluación inicial de contenidos, por lo que la finalidad es evaluar su conocimiento previo. La ejecución que desempeñe en esta prueba no repercutirá en las sesiones que se lleven a cabo posteriormente.

- 1. ¿Podría citar al menos 3 síntomas que suelen estar presente en una persona con ansiedad?**
- 2. ¿Cree que la activación que provoca un estado de ansiedad en una persona puede ser beneficioso para ella? En caso afirmativo, especifique la situación.**
- 3. ¿La manifestación de un estado de ansiedad constante por parte de una persona puede repercutir negativamente en su salud global? En caso afirmativo, solo cite el nombre de las posibles patologías.**
- 4. Cite aquellas causas que considere responsables de la aparición de ansiedad en las personas. Intente señalar al menos 3 de estas posibles causas.**
- 5. ¿Bajo qué condición/es consideraría la ansiedad un trastorno que necesita de la intervención por parte de profesionales de la salud para su tratamiento?**
- 6. ¿Qué síntomas suelen presentarse en una persona que padece un trastorno de depresión? Cite al menos 3 síntomas que pueda conocer.**
- 7. ¿Podría señalar la diferencia que hay entre depresión como estado anímico y como síndrome? (Responda en 1 o 2 frases)**

- 8. Indique ejemplos de posibles causas que puedan originar un trastorno depresivo en una persona. Señale al menos 3 de ellos.**
- 9. Cite los 3 aspectos principales en torno a los cuales se focalizan los pensamientos negativos en el trastorno por depresión.**

- ANEXO 2:

Autorregistro: Técnicas de desactivación y respiración controlada

Participante:

5 (X)

En este autorregistro podrás anotar los niveles de activación que consideres que presentas en los momentos previos (**ANTES**) y posteriores (**DESPUÉS**) a la realización de los ejercicios. Para ello, tendrás que marcar con una X entre paréntesis dentro de la casilla estimada como en el siguiente ejemplo:

Los niveles van de 1-10, siendo **1 poco nivel de activación (tranquilo o relajado)**, y **10 (extremadamente agitado o nervioso)**.

La duración del autorregistro será de **6 días** comenzando desde el lunes hasta el sábado (incluido este).

La duración de los ejercicios por día ronda en torno a los **10-15 minutos** aproximadamente.

Asegúrate de poder realizados en un ambiente tranquilo, libre de distractores durante el tiempo estimado (teléfonos, reuniones familiares, visitas...) y de ser posible, utiliza ropas holgadas o cómodas que no aprieten demasiado o impidan adoptar una posición relajada. Los ejercicios de respiración pueden realizarse tanto en posición sentado como tumbado. Sin embargo, la desactivación muscular se recomienda realizarla sentado.

L U N E S	Respiración 1	Antes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Después	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Respiración 2	Antes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Después	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Desactivación muscular 1	Antes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Después	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Desactivación muscular 2	Antes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Después	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

M A R T E S	Respiración 1	Antes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Después	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Respiración 2	Antes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Después	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Desactivación muscular 1	Antes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Después	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Desactivación muscular 2	Antes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Después	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

M I É R C O L E S	Respiración 1	Antes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Después	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Respiración 2	Antes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Después	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Desactivación muscular 1	Antes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Después	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Desactivación muscular 2	Antes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Después	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

J U E V E S	Respiración 1	Antes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Después	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Respiración 2	Antes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Después	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Desactivación muscular 1	Antes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Después	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Desactivación muscular 2	Antes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Después	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

V I E R N E S	Respiración 1	Antes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Después	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Respiración 2	Antes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Después	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Desactivación muscular 1	Antes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Después	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Desactivación muscular 2	Antes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Después	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

S Á B A D O	Respiración 1	Antes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Después	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Respiración 2	Antes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Después	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Desactivación muscular 1	Antes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Después	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Desactivación muscular 2	Antes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Después	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- ANEXO 3:

Encuesta de satisfacción:

Programa psicoeducativo para el manejo y control del estrés

- **Identificación:**

- **Fecha:**

A continuación encontrará una serie de cuestiones en torno al programa psicoeducativo en el que ha participado con anterioridad. Lea detenidamente y conteste las preguntas **marcando con una X** la casilla que mejor se adapte a su respuesta, de acuerdo a las opciones siguientes:

- **0: Nada**
- **1: Un poco o casi nada**
- **2: Algo**
- **3: Mucho**
- **4: Bastante**

Esta encuesta es anónima, por lo que en el apartado donde se pide su identificación, Vd. Deberá incluir lo siguiente: **Participante X** (siendo X el número que le haya sido asignado por parte del investigador a cargo del programa). En las preguntas de respuesta abierta, podrá incluir tanta información como considere oportuna.

¡¡Gracias por su participación!!

1. ¿Considera que su conocimiento en cuanto a los trastornos de ansiedad y depresión se ha visto incrementado durante su participación en el programa de psicoeducación?

0	1	2	3	4

2. ¿Su participación en el programa psicoeducativo le ha ayudado a resolver dudas, mitos, estereotipos que pueden existir en torno a los temas que has sido tratados en él?

0	1	2	3	4

- 3. ¿Las sesiones expositivas le han parecido tediosas o difíciles de seguir por la complejidad del lenguaje utilizado, comunicación del investigador, naturaleza de las presentaciones, etc.?**

0	1	2	3	4

- a. En caso de existir alguna dificultad, se agradecerá toda información que permita corregirlas de cara a futuras intervenciones:**

- 4. Las estrategias que se han trabajado durante las sesiones del programa, destinadas al manejo y control del estrés ¿le han supuesto una herramienta útil para afrontar situaciones de dicha naturaleza en su vida cotidiana?**

0	1	2	3	4

- a. En caso negativo, indique el motivo por el cual Vd. Crea que no lo han sido:**

- 5. ¿Le ha supuesto invasivo o molesto la cumplimentación de los múltiples registros, pruebas y tareas a lo largo del desarrollo de la intervención?**

0	1	2	3	4

- 6. ¿En algún momento durante el desarrollo del programa ha considerado que no se le ha tratado con respeto, se ha vulnerado su intimidad o se ha atentado contra sus derechos?**

0	1	2	3	4

- 7. ¿El investigador a cargo del programa ha atendido las peticiones y demandas que se le han formulado durante el desarrollo del programa?**

0	1	2	3	4

- 8. ¿Hubiese estado más a gusto y/o tranquilo si las sesiones se hubieran llevado a cabo de manera individual?**

0	1	2	3	4

- 9. ¿Se ha fomentado un clima de participación, colaboración y respeto en el grupo que permita el correcto desarrollo de las actividades desarrolladas?**

0	1	2	3	4

- 10. ¿Hubiese preferido que el desarrollo de la actividad se llevase a cabo de manera presencial?**

0	1	2	3	4

- 11. ¿Qué actividad actuación, contenidos, actividades... cree que deberían mejorarse, reducirse o eliminarse del programa en el que acabe de participar? Indique el motivo de cada apreciación brevemente en caso afirmativo.**

- 12. ¿Considera útil para usted haber participado en el programa psicoeducativo?**

0	1	2	3	4

--	--	--	--	--

13. ¿Había participado anteriormente en otros programas de índole similar al actual?

0	1	2	3	4

14. ¿Has practicado las técnicas aprendidas y recogidas en el programa en tu vida cotidiana?

15. ¿Piensas y pretendes practicar las técnicas explicadas en el programa en el futuro?