



Factores de riesgo transdiagnósticos en los desórdenes emocionales en adultos: una revisión sistemática

Celia Antuña-Camblor^{*1}, Óscar Peris-Baquero², Joel Juarros-Basterretxea³,
Antonio Cano-Vindel⁴ y F. Javier Rodríguez-Díaz¹

¹ Universidad de Oviedo (España)

² Universidad de Zaragoza (España)

³ Universidad de Zaragoza (España)

⁴ Universidad Complutense de Madrid (España)

Resumen: La comorbilidad es más la regla que la excepción en salud mental y, sobre todo, en el caso de la ansiedad y la depresión. Los modelos transdiagnósticos estudian los procesos subyacentes para mejorar el tratamiento y la comprensión de la salud mental. *Objetivo:* Esta revisión sistemática busca evidencias sobre los factores de riesgo transdiagnósticos para la ansiedad y la depresión en la población clínica diagnosticada de estas condiciones psicopatológicas, analizando los diferentes tipos o categorías de factores identificados. *Método:* Se registró una revisión sistemática en PROSPERO (número de registro CRD42022370327) y se diseñó de acuerdo con las guías PRISMA-P. La calidad del estudio fue evaluada por dos revisores independientes con conocimiento del campo para reducir el posible sesgo. *Resultados:* Cincuenta y tres artículos fueron examinados y las variables transdiagnósticas fueron agrupadas en tres categorías: psicológicas, biológicas y socioculturales. *Conclusiones:* La categoría más estudiada fue la de variables psicológicas, en especial los procesos cognitivos, afecto negativo y neuroticismo, intolerancia a la incertidumbre, sensibilidad a la ansiedad. Los factores biológicos y socioculturales requieren más estudio para sustentar su enfoque transdiagnóstico.

Palabras clave: Transdiagnóstico. Ansiedad. Depresión. Revisión sistemática. Factores de riesgo.

Title: Transdiagnostic risk factors of emotional disorders in adults: A systematic review.

Abstract: Comorbidity is more the rule than the exception in mental health, specifically in the case of anxiety and depression. Transdiagnostic models studied the underlying processes to improve mental health treatment and understating. *Objective:* This systematic review searches for evidence on transdiagnostic risk factors for anxiety and depression in the clinical population diagnosed with these psychopathological conditions, by analysing the different types or categories of factors identified. *Methods:* A systematic review was registered in PROSPERO (registration number CRD42022370327) and was designed according to PRISMA-P guidelines. Two independent reviewers with field knowledge assessed the study quality to reduce bias. *Results:* Fifty-three articles were examined, and the transdiagnostic variables were grouped into three categories: psychological, biological, and sociocultural. *Conclusions:* The most studied category was that of psychological variables, especially cognitive processes, negative affect, and neuroticism, intolerance of uncertainty, anxiety sensitivity. Biological and sociocultural factors require more study to support their transdiagnostic approach.

Keywords: Transdiagnostic. Anxiety. Depression. Systematic review. Risk factors.

Introduction

La existencia de factores comunes a través de la psicopatología, concretamente en el caso de los problemas de salud mental más prevalentes en el mundo (la ansiedad y la depresión) (Santomauro et al., 2021), se ha convertido en un tema de investigación cada vez más importante en salud mental (Littlefield et al., 2021). Sin embargo, la investigación sobre la vulnerabilidad común entre ellos no es nueva. En 1991, Clark y Watson desarrollaron un modelo tripartito de ansiedad y depresión, indicando que estos trastornos están fuertemente asociados a una dimensión, el afecto negativo. También identificaron otros dos factores específicos: (1) afectividad positiva y (2) hiperactivación fisiológica. Mientras la depresión se caracterizaba específicamente por un bajo afecto positivo (anhedonia), la hiperactivación era exclusiva de la ansiedad. Por lo tanto, una parte de la varianza de los distintos trastornos es compartida (angustia general). Aunque este modelo se descubrió hace tres décadas, esta línea de investigación continúa hoy en día con modelos transdiagnósticos.

Los enfoques transdiagnósticos tratan de identificar los procesos psicológicos y biológicos básicos que subyacen a múltiples formas de psicopatología (Nolen-Hoeksema y Watkins, 2011). Este enfoque puede explicar mejor la realidad de los trastornos mentales (por ejemplo, la comorbilidad) y con mayor validez ecológica (Eaton, 2015). Para ello, diferentes investigadores se propusieron demostrar la existencia de dichos factores (Krueger & Eaton, 2015). En esta línea y continuando con el estudio de la ansiedad y la depresión, Hong y Cheung (2015) realizaron un modelo metaanalítico de ecuaciones estructurales para analizar la vulnerabilidad cognitiva específica en depresión (rumiación, estilo inferencial pesimista y actitudes disfuncionales) y ansiedad (sensibilidad a la ansiedad, intolerancia a la incertidumbre y miedo a la evaluación negativa). Sus estudios encontraron correlaciones de moderadas a fuertes y que el modelo de un factor se ajustaba mejor a los datos, sugiriendo una base común subyacente a ambos trastornos. También se han encontrado correlatos biológicos en las personas que los padecen. Así, algunos estudios han mostrado factores biológicos transdiagnósticos como las ondas cerebrales (Burkhouse et al., 2017; Peters et al., 2019) o un débil control inhibitorio y sensibilidad a la amenaza (Venables et al., 2017). Aunque pueda parecer que los precipitantes de estos trastornos son características intrínsecas de las personas, no siempre es así. Varios investigadores, han demostrado que las adversidades en eta-

*** Correspondence address [Dirección para correspondencia]:**
Celia Antuña Camblor- Universidad de Oviedo. Plaza Feijóo s/n, Despacho
215. 33003 Oviedo, Asturias (España). E-mail: celia.a.camblor@gmail.com
(Artículo recibido: 16-03-2023; revisado: 17-12-2023; aceptado: 17-12-2023)

pas tempranas de la vida (Huh et al., 2017; Peters et al., 2019), el estrés (Conway et al., 2012) y la exposición a eventos traumáticos (Price & van Stolck-Cooke, 2015) también favorecen el riesgo de padecer trastornos emocionales. En este sentido, la consideración de factores psicológicos, biológicos y ambientales puede ser útil para mejorar las intervenciones en los trastornos mentales, por lo que sería necesaria una concepción integradora que vaya más allá de los factores individuales y que analice también los factores ambientales que pueden afectar a la aparición de ansiedad o depresión. Este cambio hacia una aproximación integradora es tanto conceptual -explicando por qué determinados agentes psicofarmacológicos y terapias psicológicas son eficaces en diferentes condiciones- como de aplicación clínica -proporcionando una diana común de intervención si se encontraran los mecanismos subyacentes a varios trastornos- (Krueger & Eaton, 2015).

Por ello, se puede decir que otro grupo de factores para tener en cuenta en la salud mental son los socioculturales. Clínicos e investigadores coinciden en la importancia de los factores socioculturales en la salud. Existen efectos bidireccionales entre los resultados en salud y este tipo de factores (Zvolensky & Leventhal, 2016). Aunque en otro tipo de trastornos, como los alimentarios, el impacto de los factores socioculturales ha sido más estudiado, en el campo de los trastornos emocionales aún no se ha investigado tanto.

Hasta donde sabemos, existen revisiones previas que examinaron los factores de riesgo centrados en los jóvenes (por ejemplo, Lynch et al., 2021), en una variable transdiagnóstica específica (por ejemplo, Rosser, 2019) o en diagnósticos específicos (por ejemplo, Zimmermann et al., 2020). Sin embargo, aún no existen estudios de revisión sistemática que hayan analizado conjuntamente los factores de riesgo transdiagnósticos ambientales, biológicos y psicológicos en adultos con trastornos de ansiedad o depresivos. Una revisión sistemática de los factores de riesgo transdiagnóstico relacionados con los trastornos de ansiedad o depresivos permite:

1. Destacar los factores de riesgo para desarrollar trastornos de ansiedad o depresivos,
2. Proporcionar recomendaciones para el diseño de medidas transdiagnósticas que evalúen el riesgo, así como la naturaleza de los trastornos de ansiedad o depresivos y
3. Destacar orientaciones futuras para la terapia transdiagnóstica de la ansiedad y la depresión.

Por lo tanto, esta revisión sistemática tiene como objetivo buscar evidencias sobre los factores de riesgo transdiagnóstico para la ansiedad y la depresión en la población clínica diagnosticada de estas condiciones psicopatológicas, analizando los diferentes tipos o categorías de factores identifica-

Método

Se registró una revisión sistemática en PROSPERO (Registro Internacional Prospectivo de Revisiones Sistemáticas) con el número CRD42022370327. Fue diseñado según las pautas PRISMA-P (Elementos de informes preferidos para revisiones sistemáticas y protocolos de metaanálisis; Page et al., 2021) para identificar estudios que examinaran los factores de riesgo de trastornos emocionales depresivos y ansiosos. Los criterios de elegibilidad se desarrollaron utilizando el marco *Population Exposure Comparator Outcome* (PECO). Se incluyeron los estudios empíricos que cumplieran los siguientes criterios:

1. Los participantes eran adultos (mayores de 18 años) diagnosticados con ansiedad y depresión en una muestra clínica.
2. Se examinaba cualquier variable de factores de riesgo transdiagnóstico, como características psicológicas, biológicas y socioculturales, y su asociación con el diagnóstico.
3. No se requirió que los estudios tuvieran un grupo de comparación.
4. Para garantizar la calidad de los estudios empíricos detectados, se exigió que fueran revisados por pares.

Se excluyeron los artículos si la muestra no se ajustaba al grupo previsto de participantes o los estudios no informaban hallazgos empíricos originales revisados por pares, como revisiones, artículos de opinión y resúmenes de conferencias. Para su inclusión, no se impusieron restricciones a la fecha de publicación en esta revisión. Para obtener una lista completa de los criterios de inclusión y exclusión para identificar la literatura relevante en esta revisión, consulte la Tabla 1.

Tabla 1
Criterios de inclusión y exclusión

Estudios incluidos	Estudios excluidos
Adultos (mayores de 18 años) diagnosticados de ansiedad y depresión en una muestra clínica	Edad del participante < 18 Edad de los participantes no informada Participantes no diagnosticados con ansiedad y depresión. Muestra no clínica
Artículos científicos	Capítulos de libros. Doctor. Tesis/disertaciones. Editoriales. Resúmenes del congreso. Estudios teóricos y metaanalíticos.
Revisado por pares. Estudios empíricos cuantitativos. Examina factores transdiagnósticos.	Artículos no revisados por pares. Estudios empíricos cualitativos. No examinar factores transdiagnósticos
Escritos en español, inglés, francés o italiano	Escritos en otros idiomas

Estrategia de búsqueda y criterios de selección

Se realizaron búsquedas de literatura en Scopus, Dialnet y Web of Science [WoS: todas las bases de datos, específicamente WoS Core Collection, Current Contents Connect, Derwent Innovations Index, KCI Korean Journal Database, MEDLINE, Russian Science Citation Index y SciELO Citation Index]. Se ingresaron los siguientes términos en la base de datos: "emotional disorder" OR "mood disorder" OR (anxiety AND depression) AND transdiagnostic AND "risk factor" OR predict* OR caus* OR vulnerab* OR predispos* OR susceptib* OR perfectionist OR rumination OR "negative affective" OR "anxiety sensitivity" OR "intolerance of uncertainty" OR neuroticism (ver Apéndice 1). Las estrategias de búsqueda se adaptaron a cada base de datos (ver Apéndice 2). Se utilizó la búsqueda manual ya que la investigación está respaldada por un esfuerzo de búsqueda manual para complementar las búsquedas en bases de datos (Vassar et al., 2016). Sin embargo, todos los artículos encontrados con la búsqueda manual ya aparecieron en la búsqueda electrónica, por lo que no se pudieron incluir nuevos.

La última búsqueda fue en diciembre de 2022, que arrojó 2.307 estudios, quedando 1.138 tras eliminar duplicados. Los resultados de la búsqueda se importaron a Rayyan para su evaluación (Ouzzani et al., 2016). Después de eliminar los duplicados, dos revisores examinaron de forma independiente todos los títulos y resúmenes. Los desacuerdos en cada etapa de selección se resolvieron mediante discusión entre los dos autores de la selección.

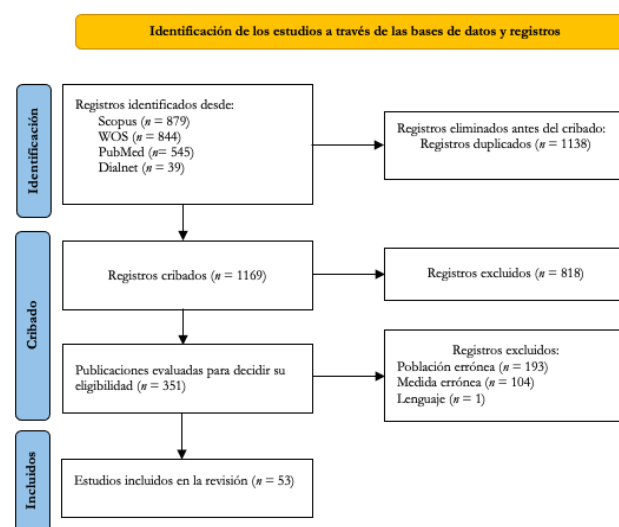
Selección de datos

Dos revisores con conocimiento del campo evaluaron de forma independiente la calidad del estudio para reducir posibles sesgos. La selección se realizó en Rayyan con base en las listas de verificación del Instituto Joanna Briggs, utilizando explícitamente la Lista de verificación para estudios analíticos transversales para estudios transversales y la Lista de verificación para estudios de cohortes para estudios longitudinales. Estas listas de verificación son herramientas diseñadas para ayudar a investigadores y profesionales a evaluar críticamente diferentes estudios de investigación. Una vez seleccionados los estudios, los investigadores utilizaron la lista de verificación del JBI (Moola et al., 2020) para evaluar cada estudio incluido de manera crítica. La lista de verificación consta de preguntas específicas relevantes para diferentes diseños de estudio (p. ej., estudios transversales). Los investigadores evaluaron cada elemento de la lista de verificación individualmente y al final de la lista de verificación está la decisión final sobre si incluirlo, no incluirlo o si se necesita información adicional. Después de desarrollar cada lista de verificación individualmente, los dos revisores se reunieron y decidieron si incluir o no cada elemento. Cuando hubo incertidumbre sobre la interpretación, se resolvió mediante discusión entre los autores basada en los elementos de la lista de verificación. Se calculó el coeficiente kappa de Cohen (Cohen, 1968) para comparar el grado de acuerdo entre los

revisores. La puntuación mínima de acuerdo global (coeficiente kappa de Cohen) entre los dos evaluadores fue de 0.88, y los resultados contradictorios se discutieron hasta alcanzar el 100% de acuerdo en los casos evaluados. Así, la selección de los artículos se realizó en dos fases. En el primero se examinó el título y el resumen, obteniendo una puntuación de 0.91 en el coeficiente kappa de Cohen, y en la segunda, se revisó el texto completo de aquellos estudios que habían pasado el primer cribado, obteniendo una puntuación de 0.88 en el coeficiente kappa de Cohen. Por otro lado, para estudiar la calidad de los estudios incluidos se siguió el método utilizado por Hoppen y Chalder (2018), según el cual se sumaba el número de ítems calificados como "sí" y luego se dividía por el número del máximo posible. número de valoraciones afirmativas y, para encontrar el porcentaje, esta cantidad se multiplica por 100.

Figura 1

Resumen del proceso de selección de estudios



Nota. El resultado de la búsqueda utilizó: "trastorno emocional" O "trastorno del estado de ánimo" O (ansiedad Y depresión) Y transdiagnóstico Y "factor de riesgo" O predecir* O causa* O vulnerab* O predispos* O susceptib* O perfeccionista O rumia O "afectivo negativo" O "sensibilidad a la ansiedad" O "intolerancia a la incertidumbre" O neuroticismo

Extracción de datos

En esta etapa, dos revisores obtuvieron de forma independiente a partir de los estudios seleccionados la información necesaria para responder a la pregunta de investigación planteada en el objetivo del estudio. La información recopilada en el formulario de recolección de datos se detalla en las Tablas 3-5. Además, se analizaron los factores de riesgo de trastornos de ansiedad o depresión según el tipo de factores de riesgo: factores de riesgo psicológicos, biológicos o socio-culturales.

Resultados

La búsqueda de literatura en esta revisión abarcó 53 artículos de 2011 a 2022. Para obtener una descripción general del proceso de selección de estudios, consulte la Figura 1. Los estudios incluidos se presentan en las Tablas 3 a 5.

Detalles de los estudios

La muestra incluyó mujeres y hombres en el 94.34% de los estudios. Sin embargo, tres ($n = 3$, 5.66%) de los cincuenta y tres artículos utilizaron exclusivamente una muestra de mujeres (Dragan & Kowalski, 2020; Kircanski et al., 2015, 2016). La mayoría de las publicaciones ($n = 52$, 98.11%) fueron escritas en inglés, y solo una ($n = 1$, 1.89%) de ellas fue en español (Toro-Tobar et al., 2020).

Los estudios también se han clasificado por tipo de diseño. En este sentido, el 20.75% de los estudios analizados (Boswell et al., 2013; Drost et al., 2014; Hijne et al., 2020; Hunt et al., 2022; Kircanski et al., 2015; Lukat et al., 2017; McEvoy & Erceg-Hurn, 2016; Spinhoven et al., 2014, 2018; Struijs et al., 2018; Swedlow et al., 2021) fueron longitudinales, por lo que predominó el diseño transversal.

La calidad media de los estudios incluidos fue alta, con una calificación media del 91.91% en todos los estudios. Los estudios longitudinales demostraron una calidad ligeramente superior con una puntuación (calidad media de 93.39%), en comparación con el la de los transversales (calidad media de 91.52%) (ver Tablas 3 a 5). Separando la calidad de los tres

tipos principales de factores de riesgo, la calidad promedio de los factores de riesgo psicológicos fue del 91.23%, de los factores de riesgo biológicos fue del 94.44% y de los factores de riesgo culturales fue del 93.86%.

Tabla 2

Clasificación de los artículos

Tipo de factores de riesgo	N	%	Calidad media (%)
Factores de riesgo psicológico	39	73.58	91.23
Proceso cognitivo	18	33.96	91.35
Neuroticismo y afecto negativo.	14	26.42	90.67
Intolerancia a la incertidumbre	10	18.87	84.77
Sensibilidad a la ansiedad	6	11.32	93.75
Regulación emocional	5	9.43	92.50
Evitación experimental	3	5.66	88.64
Tolerancia a la angustia	1	1.89	100
Autocompasión	1	1.89	100
Factores de riesgo biológico	9	16.98	94.44
Activación cerebral	4	7.54	95.83
Amplitud de las ondas cerebrales.	3	5.66	93.75
Arritmia sinusal respiratoria	1	1.89	100
IMC	1	1.89	87.50
Factores de riesgo cultural	5	9.43	93.86
Proceso de socialización	2	3.77	90.91
Adversidades de la infancia	1	1.89	100
Género, edad y estado civil	1	1.89	87.50
Actividad física	1	1.89	100
Muestra			
Ambos géneros	50	94.34	91.73
Mujer	3	5.66	96.97

Tabla 3

Estudios que evaluaron los factores de riesgo psicológico (n = 39; 73.58 % de los estudios)

Estudiar	País	Diseño	Muestra	Diagnósticos	Evaluación	Hallazgos relevantes	Calidad puntaje
Anderson y cols. (2021)	EE.UU	T	Una muestra clínica ambulatoria de adultos (N = 1138) Edad: 18-76, M = 31.1	TAS (47.6%) TAG (46.7%) TDM (18.1%) Trastorno depresivo persistente (16.1%) Fobia específica (16.1%) TP (15.9%) TOC (15.3%) AF (14.4%)	MEAQ, TMMS, DERS, ERQ, EPQ, APPQ, ADIS-5, SIAS, Worry Do-main-SR, OCI, más, BDI, DASS, NEO-FII	El modelo de RE que mejor se ajustaba incluía estas dimensiones: respuestas problemáticas, pobre reconocimiento/claridad, pensamiento negativo e inhibición/supresión emocional. Además, la gravedad de los síntomas emocionales está asociada con la medida de RE.	100%
Bedwell y cols. (2016)	EE.UU	T	Muestra clínica transdiagnóstica de adultos (N = 44) Edad: 19-55 (M = 35.52) 57% mujeres	Controles (29.2%) Bipolar I (20.8%) Trastorno esquizoafectivo (12.5%) TDM (8.3%) Esquizofrenia (6.3%) Trastorno delirante (4.2%) TAS (4.2%) TEPT (2%) TAG (2%) Trastorno distímico (2%) Bipolar II (2%) Trastorno de personalidad esquizotípico y evitativo y TDM (2%) Trastorno de personalidad por evitación y TDM (2%)	PANAS, SPQ-BR, TEPS, ACIPS	El aumento de la puntuación del factor de síntomas negativos calificado por el médico en la escala de síndrome positivo y negativo se asoció con una disminución de la amplitud de la LPP.	100%
Benda et al. (2018)	República Checa	T	Pacientes con ansiedad (n = 58) y trastornos depresi-	Ansiedad (n = 58) Depresión (n = 57)	SCS.CZ, TOSCA, ISS, GAD-7,	En la muestra clínica se encontró una menor autocompasión y una mayor tendencia a la vergüenza.	100%

Estudiar	País	Diseño	Muestra	Diagnósticos	Evaluación	Hallazgos relevantes	Calidad puntaje
			vos ($n = 57$) y controles ($n = 180$)		PHQ-9	Sin embargo, no existe diferencia entre ansiedad y depresión, por lo que parece ser un constructo transdiagnóstico.	
Böhnke et al. (2014)	Reino Unido	T	Pacientes de salud mental de atención primaria ($N = 11939$) 65.2% eran mujeres Edad: $M = 37.93$	Depresión ($n = 2547$) Ansiedad y depresión ($n = 2098$) TAG ($n = 1822$) Otros ($n = 5472$)	PHQ-9, GAD-7, WSAS,	El instrumento evalúa una dimensión transdiagnóstica general en la mayoría de sus ítems denominada afectividad negativa. Solo algunos ítems de GAD-7 y WSAS eran específicos.	62.50%
Boswell y cols. (2013)	EE.UU	L	Personas que buscan tratamiento en un centro de salud mental urbano por ansiedad y trastornos del estado de ánimo ($N = 54$) 57.4% eran mujeres Edad: 18-52 ($M = 30.00$)	TP TAS TOC TEPT Depresión	ADIS-IV-L, ASI, PDSS-SR,	Los niveles de AS estaban elevados en el pretratamiento y disminuyeron durante el tratamiento. Este cambio se correlacionó con una reducción de los niveles de síntomas después del tratamiento y a los 6 meses de seguimiento.	100%
Drost et al. (2014)	Países Bajos	L	Personas con antecedentes o un trastorno afectivo actual e individuos sanos ($N = 2981$)	TDM distimia TP TAS TAG AF	CIDI, LEIDSR, PSWQ	La rumia y la preocupación iniciales mediaron en parte la asociación de los trastornos de miedo iniciales con los trastornos de angustia. Los trastornos de miedo iniciales predijeron cambios en los trastornos de angustia y los cambios en la preocupación y la rumia mediaron estas asociaciones. La asociación entre los trastornos de angustia iniciales y los cambios en los trastornos del miedo estuvo mediada únicamente por cambios en la rumiación.	100%
Duyser et al. (2020)	Países Bajos	T	Muestra de cohorte psiquiátrica (MID-Set) ($n = 207$) y un grupo de control ($n = 51$) 47.25% eran mujeres Edad: $M = 40.75$	Desorden de ánimo Trastorno de ansiedad Trastorno por uso de sustancias Trastorno del estado de ánimo y ansiedad Trastorno del estado de ánimo y uso de sustancias Trastorno de ansiedad y uso de sustancias TDAH TEA TDAH y TEA Control	SCID-I, MAT-Crimi, DIVA, NIDA, IDS-SR, ASI, SRET, CAARS, AQ-50	El sesgo de memoria negativa se asoció con la gravedad y podría ser un estilo de procesamiento depresotípico en los trastornos mentales que desempeña un papel importante en la comorbilidad de los trastornos mentales.	100%
Fasset-Carman et al. (2020)	EE.UU	T	Estudiantes universitarios que buscan tratamiento ($N = 356$) Edad: 18-25 ($M = 20.78$) 70% eran mujeres Síntomas de ansiedad y depresión.	Depresión moderada-grave (64.04%) Ansiedad moderada-severa (71.91%)	L1 CCM, L2 depresión, L2 ansiedad, ALEQ-R	La frecuencia del estrés dependiente, las evaluaciones de la controlabilidad y los eventos estresantes de alta gravedad tienen vínculos distintos con diferentes dimensiones de la psicopatología internalizante. La controlabilidad percibida se asoció con una variación específica de la depresión y los factores estresantes de alta gravedad se asociaron con una variación específica de la ansiedad.	87.50%

Estudiar	País	Diseño	Muestra	Diagnósticos	Evaluación	Hallazgos relevantes	Calidad puntaje
Faustino, B (2021)	Portugal	T	Una muestra clínica ($n = 66$) y una muestra no clínica ($n = 231$) 78.4% eran mujeres Edad: 18-67	Distimia (21.2%) TDM (15.2%) Episodio depresivo (10.6%) Trastorno depresivo recurrente (6.1%) Bipolar (13.8%) Ansiedad (8.6%) TOC (4.5%) TLP (4.5%) Trastorno depresivo de la personalidad (1.5%) Trastorno de personalidad antisocial (1.5%) Trastorno de personalidad dependiente (1.5%) Trastorno de personalidad por delirio (1.5%)	QFC, ERQ, DERS, BSI	Independientemente del diagnóstico, se correlacionaron la fusión cognitiva y la desregulación emocional. Las características centrales de la inflexibilidad psicológica y la desregulación de las emociones fueron la fusión cognitiva, la reevaluación y la falta de estrategias.	87.50%
Hijne et al. (2020)	Países Bajos	L	Muestra de NESDA que incluyó población general, atención primaria y TAS organizaciones de salud mental ($N = 2981$) Edad: 18-65	TDM distimia TP TAS TAG AF	CIDI, IDS, BAI, FQ, PTQ	Los cambios en RNT se asociaron con la aparición y desaparición de trastornos emocionales.	90.91%
Hsu et al. (2015)	EE.UU	T	Pacientes que recibieron tratamiento en el Programa Hospitalario Parcial de Salud del Hospital McLean	TDM sin psicóticos (52.9%) TDM con psicóticos (2%) Bipolar I episodio más reciente deprimido sin psicótico (11.8%) Episodio bipolar I más reciente mezclado con psicótico (2%) Bipolar I episodio más reciente mixto sin psicótico (2%) Bipolar II (2%) Trastorno del estado de ánimo (19.6%) Trastorno psicótico (3.9%) TEPT (2%)	MINI, RRS, ACS, CESD-10, GAD-7	La relación entre el control atencional y la sintomatología clínica estuvo mediada por la rumia. Un control atencional deficiente se asoció con una mayor rumiación y, en consecuencia, síntomas más graves de depresión y ansiedad.	87.50%
Hsu et al. (2019)	EE.UU	T	Muestra clínica con diagnósticos de ansiedad y depresión ($N = 493$) Edad: 18-70 ($M = 32.7$, $DE = 13.5$) 55.9% eran mujeres	TDM sin psicóticos (46.5%) MDE (39%) TAG (60.5%) Depresión + ansiedad (41.75%)	MINI, ACS, PHQ-9, GAD-7	El enfoque se correlacionó más fuertemente con los síntomas depresivos y ansiosos que el cambio (IC del 95%: [0.20 0.37]). Sin embargo, ambos estaban significativamente correlacionados.	87.50%
Caza y col. (2022)	EE.UU	L	Veteranos de la muestra militar que buscan tratamiento ($N = 178$) Edad: $M = 53.94$ ($DE = 9.96$)	TEPT TPD TDM TAG TAS TP TOC Trastorno de acumulación AF	IUS-12, SCID-5	La tasa más alta de IUS-12 (Tiempo 1) predijo una tasa más alta en el Tiempo 2. IU predijo prospectivamente el mantenimiento (pero no el desarrollo) de problemas relacionados con la ansiedad, mientras que la predicción de la depresión en el Tiempo 2 se anuló cuando se controló la patología de ansiedad en el Tiempo 1.	90.91%
Kircanski et al. (2015)	EE.UU	L	Muestra clínica de mujeres	TDM ($n = 16$) TAG ($n = 15$) TDM+TAG ($n = 20$) Grupo de control ($n = 19$)	Protocolo ESM, BDI-II, GAD-Q-IV, PSWQ, RRS	Tanto la rumia como la preocupación fueron constructos transdiagnósticos en la muestra clínica.	90.91%
Lukat et al. (2017)	Alemania	L	Muestra clínica ($n = 1448$) Muestra de control ($n = 213$)	TDM único ($n = 444$) TDM recurrente ($n = 421$) Trastorno mixto de ansiedad y depresión ($n = 28$) TEPT ($n = 20$)	SCID, ERSQ	Las pruebas post hoc mostraron puntuaciones totales de RE significativamente más bajas para cada trastorno mental en comparación con la muestra de la población	100%

Estudiar	País	Diseño	Muestra	Diagnósticos	Evaluación	Hallazgos relevantes	Calidad puntaje
				Trastorno Mixto ($n = 58$) TA ($n = 477$) AF o TP ($n = 20$)		general (todos $p < .001$), con la d de Cohen oscilando entre $d = 0.86$ (para el trastorno de adaptación) y $d = 1.72$ (para el TDM recurrente). Los trastornos mentales comunes parecen diferir con respecto a los autoinformes sobre las habilidades generales de emergencia.	
Macatee y cols. (2020)	EE. UU	T	Muestra clínica y control ($N = 638$)	TDM (55.9%) TEPT (4.3%) TAG (8.6%) TAS (21.5%) TP (7.5%) TAS (21.5%) TOC (6.5%) Excoriación (3.2%) Trastorno dismórfico corporal (3.2%) AN (5.4%)	DTS, PID5-NA, SCID	La DT percibida fue menor en individuos con angustia remitida, pero no en trastornos de miedo, incluso si se controla el neuroticismo. La DT percibida no difiere significativamente entre personas con y sin trastornos por uso de sustancias. La DT se correlacionaba dentro de las familias, por lo que podría ser una vulnerabilidad familiar a los trastornos de angustia.	100%
Mahoney y McEvoy (2012a)	Australia	T	218 participantes reclutados de un servicio especializado en tratamiento de trastornos de ansiedad. 51% eran mujeres. Edad: $M = 35.73$	TAS (45%) TAG (19%) TP (19%) TOC (7%) TDM (5%) Distimia (1%) Fobia específica (1%) TEPT (1%) Trastorno de somatización (1%)	ADIS-IV, IUS-12, IUS-SS	IU fue una construcción transdiagnóstica. La comorbilidad es un predictor de IU prospectiva y de IU específica de la situación, mientras que el diagnóstico específico de TAS, TAG, depresión y TOC se relacionaron únicamente con la IU inhibitoria.	75%
Mahoney y McEvoy (2012b)	Australia	T	218 participantes reclutados de un servicio especializado en tratamiento de trastornos de ansiedad. 51% eran mujeres. Edad: $M = 35.73$	TAS (45%) TAG (19%) TP (19%) TOC (7%) TDM (5%) Distimia (1%) Fobia específica (1%) TEPT (1%) Trastorno de somatización (1%)	ADIS-IV, IUS-12, IUS-SS, SIPS, BDI-II, EPQ, AUDITORIA,	La IU se asoció con neuroticismo y síntomas de TAG y TAS.	75%
Martínez et al. (2020)	España	T	279 pacientes reclutados de forma ambulatoria de los Servicios Psiquiátricos que cumplían con los criterios de TDM, TAG o ambos.	TDM TAG TDM+TAG	PSI-II, RRS, DSQ-40, BDI-II, BAI	La melancolía tiene un papel transdiagnóstico en la aparición de lo emocional. En pacientes con TDM y en aquellos con TAG, las defensas melancólicas e inmaduras funcionaron juntas vinculando la sociotropía y la autonomía, respectivamente, con los síntomas depresivos; mientras que en pacientes con TAG, ambos tipos de rumiación explicaron la relación entre sociotropía y autonomía y síntomas de ansiedad.	100%
McEvoy y Brans (2013)	Australia	T	Una clínica comunitaria de salud mental para pacientes ambulatorios que se especializa en el tratamiento de adultos con trastornos del estado de ánimo y de ansiedad (N	Diagnóstico primario de un trastorno del estado de ánimo (55%) Diagnóstico primario de un trastorno de ansiedad (38%) Diagnóstico primario que no encajaba claramente (8%) Múltiples trastornos del Eje I (52%)	MINI, RRS, PSWQ, DBI-II, BAI, CCL, ASI, PANAS	El que mejor se ajusta a los datos es el modelo de cuatro factores (RNT, preocupación, reflexión, melancolía). RNT, La melancolía y la preocupación predicen ansiedad y depresión, pero la reflexión sólo predice depresión.	87.50%

Estudiar	País	Diseño	Muestra	Diagnósticos	Evaluación	Hallazgos relevantes	Calidad puntaje
			=450) 53.78% eran mujeres Edad: 18-73 ($M = 37.2$)				
McEvoy y Erceg-Hurm (2016)	Australia	L	Muestra comunitaria de salud mental ($N = 258$)	Depresión ($n = 108$) TAS ($n = 88$) TAG ($n = 62$)	MINI, IUS-12, RTQ-10, PANAS, SPS, BDI-II, PSWQ	Los cambios en IU se asociaron con el alivio de los síntomas en los grupos TAS y TAG, pero no en el grupo de depresión. R La IU se asoció con una reducción del RNT en todos los tratamientos (TAG, TAS y depresión) y con una disminución de los síntomas en TAG y TAS, incluso si se controlaba NA.	81.81%
McEvoy y Mahoney (2011)	Australia	T	Muestra clínica ($N = 463$)	52% FA 45%: fobia específica 28%: TAS 51%: TAG 20%: TOC 6%: TEPT TDM: 41% 4%: trastorno bipolar 11%: trastorno distímico	CIDI, IUS-27, EPQ, PSWQ, BSQ, ACQ, SPS, SIAS, PI, BDI-II, K10, WHODAS 2.0.	IU explicó una variación única en todas las medidas de síntomas, incluso después de controlar el neuroticismo y otras medidas de síntomas.	87.50%
McEvoy y Mahoney (2012)	Australia	T	328 participantes con trastornos de ansiedad y depresión.	TAG TOC TAS TP AF Depresión	CIDI-auto, IUS, PSWQ, BSQ, ACQ, BDI-II, SPS, SIAS, subescala EPQ-N, PI	Incluso cuando el neuroticismo estaba controlado, la IU se asoció a los trastornos de ansiedad y depresivos. La ansiedad prospectiva medió parcialmente la relación entre el neuroticismo y el TAG y el TOC, mientras que la ansiedad inhibitoria medió parcialmente la relación entre el TAS, el TP, la AFy la depresión.	87.50%
McEvoy et al. (2013)	Australia	T	Muestra sin ($n = 212$) y con ($n = 301$) diagnósticos comórbidos de trastornos emocionales.		RRS, PSWQ, BAI, BDI-II	La comorbilidad se asoció con niveles más altos de RNT, siendo una medida transdiagnóstica de trastornos emocionales.	100%
Merino et al. (2016)	España	T	134 pacientes con diagnóstico de trastornos emocionales Edad: 19-69 ($M = 40.24$) 72% eran mujeres	TAG ($n = 45$) TDM ($n = 49$) MADD ($n = 40$)	EPQ-N, PSWQ, RRS, STAI-T, BDI-II	El neuroticismo puede aumentar el riesgo de síntomas ansiosos y depresivos debido a vínculos con la preocupación o la melancolía, pero funciona de manera diferente según el grupo (GAD, MDD o MADD).	100%
Naragón-Gainey y Watson (2018)	EE.UU	T	Muestra psiquiátrica ($N = 252$): Edad: 18-73 ($M = 36.73$, $DE = 12.19$)	TAG ($n = 37.3\%$) TDM ($n = 34.9\%$) DP ($n = 16.7\%$) TEPT ($n = 13.5\%$) TOC ($n = 8.3\%$)	ASI-3, FMPS, IUS-12, MEAQ, BFI, PANAS-X, NUEVE rasgos de nivel de contribución de las facetas del PHQ-9, MASQ, SCID-IV, IDAS-CR, GAD-Q-IV, WDQ-SF, PCL-C, ITRI, APPQ, FQ, PASQ, OCI-R, SCOPI,	AS, perfeccionismo, IU y evitación experiencial estuvieron estrechamente asociados (cargas = 0.63-0.78). Después de tener en cuenta la neuroticismo, la intolerancia a la incertidumbre y la evitación experiencial no se asociaron únicamente con ningún trastorno ($p < .01$), y el perfeccionismo sólo se relacionó con el trastorno obsesivo-compulsivo. Sin embargo, el TA representó una variación única sustancial en varios trastornos (es decir, depre-	100%

Estudiar	País	Diseño	Muestra	Diagnósticos	Evaluación	Hallazgos relevantes	Calidad puntaje
Paulus et al. (2015)	EE. UU	T	Muestra de solicitantes de tratamiento ambulatorio ($N = 642$) Edad > 18 años ($M = 32.59$; $DE = 10.85$)	TAS (39.2%) TP (24.6%) TAG (17%) TOC (4.4%) Trastorno de ansiedad no especificado (4.5%) Fobia específica (3.6%) Depresión (3.1%) TEPT (1.4%) Trastorno de adaptación con ansiedad (0.8%) Ansiedad por la salud (0.5%) Bipolar (0.5%) Excoriación (0.2%) Insomnio (0.2%) Trastorno de ansiedad inducido por sustancias (0.2%)	PCCP PANAS, ASI, IUS, PDSS, BAI, BFNE, SPDQ, GADQ, PSWQ, YBOCS, PI-WSUR, BDI-II, ADIS	El modelo jerárquico se ajusta adecuadamente a los datos (SRMR = 0.06; RMSEA = 0.065 y CFI = 0.919). N/NA, AS y IU son medidas transdiagnósticas para predecir EP, TAS, TAG, TOC y depresión siendo N/NA un factor general.	87.50%
Paulus et al. (2018)	EE. UU	T	Individuos latinos ($N = 391$) Edad: $M = 38.8$; $DE = 11.4$	No especificado	MINI, PANAS, MAAS, RRS, IDAS	Para la presencia de cualquier trastorno del estado de ánimo o de ansiedad, las covariables representaron una varianza significativa ($\chi^2(6, N = 391) = 116.10, p < .001$) con afectividad negativa ($b = 0.23, p < .001$) y años de educación ($b = -0.10, p = .011$) siendo predictores significativos. Hubo un efecto principal significativo de la rumia ($b = 0.04, p < .001$). Sin embargo, no hubo un efecto principal significativo de la atención plena ($b = 0.01, p = .703$). Hubo una interacción significativa entre la rumia y la atención consciente ($b = 0.0001, t = -3.63, p = .001$). La rumiación se relacionó con el número de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad para aquellos con niveles más bajos ($b = 0.02, t = 4.92, p < .001$) pero no superiores ($b = .001, t = 0.27, p = .785$) de atención consciente. No hubo una interacción significativa entre la rumia y la atención plena ($b = 0.0001, p = .651$).	100%
Silveira et al. (2020)	Brasil	T	200 pacientes Edad: $M = 44.13$ ($DE = 12.8$)	TOC TEPT TDM Bipolar Trastornos esquizoafectivos Esquizofrenia	RRS, PSWQ, HDRS, YMRS, GAD-7, CGI-S, RÁPIDO	La rumia predice un mal pronóstico y puede deberse a un estilo de afrontamiento desadaptativo asociado con preocupación, angustia, gravedad de la enfermedad y estatus socioeconómico.	87.50%
Spinhoven et al. (2014)	Países Bajos	L	Estudio holandés sobre la depresión y Muestra de ansiedad (NESDA) ($N = 2981$) ico ($n = 2329$) troles ($n = 652$) Edad: 18-65	TDM distimia TP TAS TAG AF	CIDI, AAQ-I	Las tasas AAQ-I predijeron las fluctuaciones debidas a un trastorno emocional. La evitación emocional es un factor transdiagnóstico para explicar el curso, desarrollo y comorbilidad de los trastornos emocionales.	90.91%
Spinhoven et al. (2015)	Países Bajos	T	Estudio holandés sobre la depresión y	TDM distimia TP	CIDI, IDS, PTQM, PSWQ	La dimensión común de la RNT se asoció con la depresión, la ansiedad y el proceso central de evi-	75%

Estudiar	País	Diseño	Muestra	Diagnósticos	Evaluación	Hallazgos relevantes	Calidad puntaje
			Muestra de ansiedad (NESDA) ($N = 2143$) Edad: 18-65	TAS TAG AF	LEISD-R	tación. La rumia se asoció con TDM y comorbilidad depresiva, mientras que la preocupación se asoció con TAG.	
Spinhoven et al. (2018)	Países Bajos	L	Estudio holandés sobre la depresión y Muestra de ansiedad (NESDA) ($N = 1972$) Edad: 18-65	TDM distimia TP TAS TAG AF	CIDI, IDS, PTQ, PSWQ, LEIDS-R	Las relaciones estructurales entre el trastorno del pensamiento independiente, la rumia y la preocupación se presentan mejor mediante un modelo bifactorial en el que hay un factor general denominado RNT que captura la mayor parte de la varianza (79.7%). Este factor mostró comorbilidad entre los trastornos depresivos y de ansiedad, la persistencia y recaída de los trastornos depresivos y de ansiedad, así como la gravedad de los síntomas depresivos y de ansiedad.	100%
Struijs et al. (2018)	Países Bajos	L	Participantes de NESDA ($N = 1256$) Edad: 18-65	TDM distimia TP TAS TAG	LCI, NEO-FIIEI alto neuroticismo, la baja ex- (NE, EX), Es- traversión y el locus de control ex- cala de Maes- tría, LEIDS-R, los trastornos afectivos. PSWQ, ASI.	La rumia solo predijo trastornos depresivos, la preocupación predijo el TAG y la TA predijo el TP y el trastorno de ansiedad social.	100%
Subica et al. (2016)	EE. UU	T	893 adultos que es- taban recibiendo tratamiento Edad: $M = 35.66$ ($DE = 14.72$) 50.1% eran muje- res	TDM (51.5%) TAG (19.3%) Distimia (11.3%) TP(6.4%) Fobia (12.7%) TOC (5.9%) TEPT (11%)	PHQ-9, GAD-7, BFI, CSSR-S, SCID	El modelo bifactor se ajusta mejor a los datos existiendo un factor general. La solución arrojada muestra la correlación de la dimensión general, ansiedad y depresión con el neuroticismo.	87.50%
Toro- Tobar et al. (2019)	Co- lombia	T	Muestra de adultos ($N = 333$) Edad: 18-70 ($M = 28$, $DE = 8.70$) 62.54% eran muje- res	No especificado	FMPS, ESQ, PANAS, IUS, BAI, ASI-3, BDI-II, EPGE	La correlación entre las variables estrés con rumia se obtuvo en $r = 0.34$ ($p < 0.01$) y estilo emocional con $r = 0.36$ ($p < 0.01$) Las variables transdiagnósticas (perfeccionismo, rumia, PA, NA, AS e IU tendrían en conjunto capacidad predictiva para explicar la aparición de trastornos de ansiedad generalizada y depresión mayor ($R^2 = 0.30$ y 0.29 respectivamente)	87.50%
Toro- Tobar et al. (2020)	Co- lombia	T	486 participantes Edad: $M = 27.16$ 50.2% eran muje- res	No especificado	PANAS, ASI-3, IUS, BAI, BDI-II	La EA, el neuroticismo y la IU son variables transdiagnósticas. Un modelo puede predecir la ansiedad (usando AS) y la depresión (usando IU), ambas asociadas con afecto positivo y negativo como predictores de trastornos emocionales.	87.50%
Tyler y cols. (2021)	EE. UU	T	Muestra clínica Edad: 18-69 ($M = 31.1$)	TOC ($n = 132$) TAS ($n = 49$) TAG ($n = 47$) TEPT ($n = 44$) DP ($n = 32$) Fobia específica ($n = 20$) Desorden depresivo ($n = 7$)	PCI, ASI, DERS, OCI- R, PDS-5, GAD-7, GI- RO, PDSS, BDI-II	Al controlar los síntomas depresi- vos, la sensibilidad a la ansiedad y la regulación de las emociones, las cogniciones perfeccionistas contribuyen de manera significativa y única a la variación del TAG y el TEPT, pero no de otros síntomas	100%

Estudiar	País	Diseño	Muestra	Diagnósticos	Evaluación	Hallazgos relevantes	Calidad puntaje
				AF (<i>n</i> = 4)		relacionados con la ansiedad.	
Zvielli et al. (2012)	Israel	T	Muestra de adultos (N = 103) Edad: 18-62 (<i>M</i> = 23.68, <i>DE</i> = 9.55) 64.1% eran mujeres	TDM TAG	SCID-IV, CAPS, IDAS, ASI-3, PAQ-IV, QOLI	El grupo con AS alta demostró niveles más elevados de EP, gravedad de los síntomas depresivos y de PSTD, así como mayor multimorbilidad psiquiátrica y peor calidad de vida en comparación con el grupo con AS baja. Los ataques de pánico, el TEPT. El TAG y el TDM ocurrieron en el último mes y ocurrieron casi exclusivamente en el grupo con AS alta.	87.50%
Zvolensky EE. y cols. (2018)	EE.UU	T	Muestra de clínicas de atención primaria (N = 383) Edad: <i>M</i> = 38.9, <i>DE</i> = 11.4	TDM (18.2%) TEPT (5.9%) TAG (4.3%) AF (6.3%) Distimia (2%) Abuso de sustancias (3.6%) Abuso de alcohol (2.4%) TAS (2%) TOC (4%) TP (4%) Bulimia (0.8%) Bipolar (1.2%) Anorexia (0.4%)	MINI, SSS, DERS, IDAS	Hubo una asociación indirecta estadísticamente significativa del estatus social subjetivo a través de la desregulación de las emociones en relación con los síntomas depresivos (<i>B</i> = -0.42), suicidas (<i>B</i> = -0.04), ansiedad social (<i>B</i> = -0.09) y ansiedad (<i>B</i> = -0.13), así como el número de diagnósticos de trastornos depresivos y de ansiedad (<i>B</i> = -0.03). Las pruebas post hoc evaluaron asociaciones indirectas de estatus social subjetivo a través de facetas específicas de desregulación emocional.	87.50%

Nota: AAQ = Cuestionario de Aceptación y Acción; ACIPS = Escala de Placer Interpersonal Anticipatorio y Consumador; ACQ = Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas; ACS = Escala de Control Atencional; ADIS-5 = Programa de entrevistas sobre trastornos de ansiedad para el DSM-5; ADIS-IV = Programa de entrevistas sobre trastornos de ansiedad para el DSM-IV; AF = agorafobia; ALEQ-R = Cuestionario de Eventos de Vida del Adolescente; APPQ = Cuestionario de pánico y fobia de Albany; AQ-50 = Cuestionario del Espectro Autista; AS = Sensibilidad a la Ansiedad; ASI = Inventario de Sensibilidad a la Ansiedad; AUDIT = Prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck; BDI = Inventario de Depresión de Beck; BFI = Inventario de Grandes Factores; BFNE = Escala Breve de Evaluación Negativa del Miedo; BSI = Inventario Breve de Síntomas; BSQ = Cuestionario de Forma Corporal; CAARS = Escalas de calificación del TDAH en adultos de Conners; CAPS = Escala de TEPT administrada por un médico; CESD-10 = Centro de Estudios Epidemiológicos-Escala de Depresión; CGI-S = Escala de Impresión Clínica Global, Gravedad de la Enfermedad; CIDI = Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta; DASS = Escalas de Depresión Ansiedad Estrés; DERS = Escala de Dificultades en la Regulación de las Emociones; DIVA = Entrevista Diagnóstica para TDAH en Adultos; DSQ-40 = Cuestionario de Estilo de Defensa; DT = Tolerancia al Distrés; DTS = Escala de Tolerancia al Distrés; EPGE = Escala Global de Estrés Percibido; EPQ = Cuestionario de Personalidad de Eysenck; ERQ = Cuestionario de Regulación de las Emociones; ERSQ = Cuestionario de Habilidades de Regulación de Emociones; FAST = Prueba de Funcionamiento Corta; FMPS = Escala de Perfeccionismo Multidimensional de Frost; FQ = Cuestionario de Miedo; GAD-7 = Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada; GADQ = Generalizado; Cuestionario sobre trastornos de ansiedad; HDRS = Escala de calificación de depresión de Hamilton; IDAS = Inventario de Síntomas de Ansiedad Depresión; IDS = Inventario de Sintomatología Depresiva; IDS-SR = Inventario de autoinforme de sintomatología depresiva; ISS = Puntuación de gravedad de la lesión; ITRI = Inventario de Respuesta Traumática de Iowa; IU = Intolerancia a la incertidumbre; IUS = Escala de Intolerancia a la Incertidumbre; IUS-12 = Escala de Intolerancia a la Incertidumbre 12 ítems; IUS-SS = Escala de Intolerancia a la Incertidumbre autoaplicada; L = estudio longitudinal; L1 CCM = Medida de síntomas transversales de nivel 1; L2 = Medida de síntomas transversales de nivel 2; LCI = Entrevista de Gráfico de Vida; LEIDS-R = Índice de Leiden de la Escala de Sensibilidad-Ruminación a la Depresión; MAAS = Escala de Conciencia de Atención Mindfulness; MADD = Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión; MASQ = Cuestionario de Síntomas del Estado de Ánimo y Ansiedad; MEAQ = Cuestionario de Evitación Experiencial Multidimensional; MEAQ = Cuestionario de Evitación Experiencial Multidimensional; MINI = Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional; NEO-FFI = Inventario de cinco factores NEO; NIDA = Entrevista holandesa de diagnóstico del espectro del autismo; OCI = Inventario Obsesivo Compulsivo; OCI-R = Inventario Obsesivo-Compulsivo Revisado; PANAS = Horario de Afectos Positivos y Negativos; PAQ-IV = Cuestionario de Evaluación de la Personalidad-IV; PASQ = Cuestionario de Síntomas de Ataque de Pánico; PCCP = Entrevista de Cogniciones, Conciencia y Percepciones de la Personalidad; PCI = Inventario de Cogniciones de Perfeccionismo; PCL-5 = Lista de verificación para TEPT; TP = Trastorno de Pánico; PDSS-SR = Escala de gravedad del trastorno de pánico - Autoinforme; PHQ-9 = Cuestionario de Salud del Paciente-9; PI = Inventario de Padua; PI-WSUR = Inventario de Padua - Revisión de la Universidad Estatal de Washington; PID-5 = Inventario de Personalidad para DSM-5; PSI-II = Inventario de Estilo Personal-II; PSWQ = Cuestionario de preocupaciones de Penn State; ; PTQ = Cuestionario de Pensamiento Perseverativo; QFC = Cuestionario de Fusión Cognitiva; QOLI = Inventario de Calidad de Vida; RE = Regulación Emocional; RNT = Pensamiento Negativo Repetitivo; RRS = Escala de Respuestas Ruminativas; RTQ-10 = Cuestionario de Pensamiento Repetitivo; SCID = Entrevista Clínica Estructurada; SCID-5 = Entrevista Clínica Estructurada para DSM5; SCOP = Horario de Obsesiones, Compulsiones e Impulsos Patológicos; SCS = Escalas de Autocompasión; SIAS = Escala de Ansiedad por Interacción Social; SIPS = Escala de Fobia a la Interacción Social; SPDQ = Cuestionario de Diagnóstico de Fobia Social; SPIN = Inventario de Fobia Social; SPQ-BR = Cuestionario de personalidad esquizotípica - Breve revisión; SPS = Escala de Probabilidad de Suicidio; SRET = Tarea de codificación autorreferente; SSS = Escala de Búsqueda de Sensaciones; STAI-T = Inventario de rasgos de estado; T = estudio transversal; TA = Trastorno de Adaptación; TAG = Trastorno de Ansiedad Generalizada; TAS = Trastorno de Ansiedad Social; TDM = Trastorno Depresivo Mayor; TEPS = Escala de Experiencia Temporal de Placer; TEPT = Trastorno de Estrés Posttraumático; TLP = Trastorno Límite de la Personalidad; TOC = Trastorno Obsesivo Compulsivo; TOSCA = Prueba de Afecto Autoconsciente; TP = Trastorno de Pánico; TTMS = Escala de Meta-Estado de Ánimo de Rasgo; WDQ-SF = Cuestionario sobre dominios de preocupación, formato breve; WSAS = Trabajo y Funcionamiento Social; YBOCS = Escala Obsesivo Compulsiva Marrón; YMRS = Escala de Calificación de Manía Joven

Tabla 4*Estudios que evaluaron los factores biológicos (n = 9; 16.98% de los estudios)*

Estudiar	País	Diseño	Muestra	Diagnósticos	Evaluación	Hallazgos relevantes	Calidad puntaje
Bedwell y cols. (2015)	EE.UU	T	Muestra clínica transdiagnóstica de adultos (N = 48) Edad: 19-55 (M = 35.88) 56% mujeres	Controles (29.2%) Bipolar I (20.8%) Trastorno esquizoafectivo (12.5%) TDM (8.3%) Esquizofrenia (6.3%) Trastorno delirante (4.2%) TAS (4.2%) TEPT (2%) TAG (2%) Trastorno distímico (2%) Bipolar II (2%) Trastorno de personalidad esquizotípico y evitativo y TDM (2%) Trastorno de personalidad por evitación y TDM (2%)	Tarea SCI-PANSS, SPQ-BR, TEPS, ACIPS, VEP	No se reveló ninguna diferencia entre los trastornos del espectro de la esquizofrenia, los trastornos crónicos del estado de ánimo y el control no psiquiátrico para la amplitud P1 o N1. Se encontraron diferencias al considerar el color de fondo, ya que las personas con mayor apatía y/o comportamiento excéntrico tenían una amplitud P1 reducida.	87.50%
Feurer et al. (2021)	EE.UU	T	Adultos no medicados que buscan tratamiento (N = 80) Edad: 18-65 (M = 26.93)	TAG TAS TDM TP TEPT Trastorno depresivo persistente	DASS-21, HAMA, HAMD, RRS, PSWQ, resonancia magnética funcional	Diferentes mecanismos (patrones distintos de conectividad entre la amígdala y las regiones implicadas) contribuyen a la RNT y preocupan a ambos como una construcción única.	100%
Kircanski et al. (2016)	EE.UU	T	Muestra clínica de mujeres con varios diagnósticos. Edad: 18-50	TDM (n = 14) TAG (n = 15) TDM+TAG (n = 20) Grupo de control (n = 18)	SCID-I, BDI-II, GAD-Q-IV, RRS, PSWQ, nivel de arritmia sinusal respiratoria	La muestra clínica mostró una capacidad de respuesta RSA similar y diferente al grupo de control, pero la muestra clínica y no clínica no difieren en la excitación emocional negativa autoinformada. Estos hallazgos sugirieron un mecanismo biológico central.	100%
Macedo et al. (2021)	Portugal	T	125 participantes el 48% de ellos son controles y el resto tiene algún trastorno mental Edad: 18-60 (M = 28.30)	Trastorno Depresivo: 22.40% Trastorno de Ansiedad: 15.20% TDAH: 1.60% TLP: 7.20 AN: 1.60% Otros: 4.00%	PAI, SPSRQM (Subescala de Sensibilidad a la Recompensa), Escala de Control Esfuerzo del ATQ, subescala de Perfeccionismo Autoorientado de la Escala de Perfeccionismo Multidimensional, Escala de Estrés Percibido, tareas experimentales	La ansiedad cognitiva explicó las amplitudes ERN embotadas, mientras que los signos fisiológicos de ansiedad y depresión predijeron amplitudes aumentadas. Los patrones alterados de selección de errores serán una característica transdiagnóstica de diversos trastornos internalizantes y relacionados con la ansiedad.	100%
MacNara et al. (2016)	EE.UU	T	Muestra de reclasificación de psicopatología del estado de ánimo y la ansiedad (ReMAP) (N = 111) Edad > 18 años (M = 40.6, DE = 12.9)	Ni TAG ni TDM (n = 23) TAG (n = 22) TDM (n = 36) TAG+TDM (n = 30)	Imágenes IAPS, IMAS	El TDM y el TAG tienen características distinguibles y opuestas evidentes en las medidas neuronales del procesamiento de las emociones: el TDM se asocia con una reducción del potencial positivo tardío y el TAG se asocia con un aumento del mismo.	100%
Parque y col. (2021)	EE.UU	T	500 participantes de un estudio longitudinal sobre trastornos emocionales Edad: M = 32.4 (DE = 11.2)	No especificado	PRS, tarea MID	La PRS más alta mostró una menor activación anticipatoria de la amígdala izquierda y la región caudada a los incentivos, independientemente de la valencia del incentivo, y se asoció	87.50%

Estudiar	País	Diseño	Muestra	Diagnósticos	Evaluación	Hallazgos relevantes	Calidad puntaje
Radoman et al. (2019)	EE. UU	T	Una muestra transdiagnóstica (N = 51) Edad: 18-65	No especificado	SCID-5, IDAS-II, tarea de amenaza fMRI	Las amenazas U y P provocaron una mayor activación en el aINS y el tronco encefálico, mientras que la amenaza P sola también activó el dACC. Los pacientes muestran una mayor activación en el aINS derecho durante la amenaza U y una mayor activación del tronco encefálico derecho durante la amenaza P. Además, encontramos que la actividad del tronco encefálico durante la amenaza U se correlacionaba con el miedo, pero no con la angustia/miseria, la psicopatología.	100%
Sheena et al. (2021)	EE. UU	T	Edad: 18-65	TDM (n = 39) TAS (n = 42)	SCID-5, HAMD, HAMA, LSAS, RRS, PSWQ, fMRI	El control atencional puede ser un mecanismo transdiagnóstico de rumiación en trastornos emocionales con correlaciones en neuroimagen (amígdala bilateral, ACC dorsal y ACC rostral)	87.50%
Yusufov et al. (2021)	EE. UU	T	Pacientes que están recibiendo tratamiento (N = 742) 54.6% eran mujeres Edad: 18-70 (M = 26.79)	No especificado	PHQ-9, GAD-7, BASIS-24, MHC-SF, MINI (suicidio), IMC, circunferencia de la cintura	El aumento del IMC se asoció con depresión, riesgo de suicidio y menor bienestar. El aumento de la circunferencia de la cintura se asoció con un peor funcionamiento interpersonal. Un aumento en la circunferencia de la cintura se asoció con una disminución de la ansiedad.	87.50%

Nota: ACIPS = Escala de Placer Interpersonal Anticipatorio y Consumador; ATQ = Cuestionario Automático de Pensamientos; BASIS-24 = Escala de Identificación de Comportamiento y Síntomas; BDI = Inventario de Depresión de Beck; DASS = Escalas de Depresión Ansiedad Estrés; fMRI: resonancia magnética funcional; GAD-7 = Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada; GADQ = Generalizado; Cuestionario sobre trastornos de ansiedad; HAMA = Escala de Calificación de Ansiedad de Hamilton; HAMD = Escala de Calificación de Depresión de Hamilton; IAPS = Sistema Internacional de Imagen Afectiva; IMAS = Entrevista para Síntomas del Estado de Ánimo y Ansiedad; IMC = índice de masa corporal; L = estudio longitudinal; LSAS = Escala de Ansiedad Social de Liebowitz; MHC-SF = Formulario breve del continuo de salud mental; MINI = Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional; PAI = Inventario de Evaluación de la Personalidad; PHQ-9 = Cuestionario de Salud del Paciente-9; PRS = puntuaciones de riesgo poligénico; PSWQ = Cuestionario de preocupaciones de Penn State; RRS = Escala de Respuestas Ruminativas; RSA = Arritmia sinusal respiratoria; SCI-PANSS = Entrevista Clínica Estructurada para la PANSS; SCID = Entrevista Clínica Estructurada para DSM5; SPQ-BR = Cuestionario de personalidad esquizotípica - Breve revisión; SPSRQ = Cuestionario de Sensibilidad al Castigo y Sensibilidad a la Recompensa; SCID = Entrevista Clínica Estructurada para DSM5; T = estudio transversal; TAG = Trastorno de Ansiedad Generalizada; TAS = Trastorno de Ansiedad Social; TDM = Trastorno Depresivo Mayor; TEPS = Escala de Experiencia Temporal de Placer; TEPT = Trastorno de Estrés Postraumático

Tabla 5

Estudios que evaluaron los factores de riesgo socioculturales (n = 5; 9,43 % de los estudios)

Estudiar	País	Diseño	Muestra	Diagnósticos	Evaluación	Hallazgos relevantes	Puntuación de calidad
Dragan et al. (2020)	Polonia	T	Muestra clínica de mujeres (N = 52) Edad: 18-25	AF TDM TDM + fobia específica TDM+TAS distimia Distimia + TDM TAG TAG+TAS TAG+TDM TAG+TDM+TP TEPT TEPT + trastorno depresivo mayor	SCID-I, CAS-1, RRS, MCQ-30, Necesidad de controlar los pensamientos, SCL-27plus	El diagnóstico actual depende del tipo de adversidad sufrida en la infancia, correlacionándose el abuso sexual con varias psicopatologías. Independientemente del tipo de adversidad, el riesgo aumentó debido a problemas de regulación emocional.	100%

Estudiar	País	Diseño	Muestra	Diagnósticos	Evaluación	Hallazgos relevantes	Puntuación de calidad
				TEPT + TAS TEPT+TAS+TDM TAS Abuso de alcohol Abuso de sustancias Atracones Trastorno de adaptación			
Muñoz-Navarro et al. (2021)	España	C	1753 participantes: 76.8% eran mujeres Edad: $M = 40.4$ ($DE = 12.9$)	TAG: 15.3% TDM: 12.2% TP: 17.2% No clínico: 55.3%	GAD-7, PHQ-9, PHQ-PD	El género y la edad se asocian con ansiedad y síntomas depresivos y con ataques de pánico. El estado civil fue importante para la depresión y los ataques de pánico.	87.50%
Swerdlow et al. (2021)	EE.UU	L	Una muestra comunitaria transdiagnóstica ($N = 191$) Edad: 18-55	No especificado	SCID-5, Escala de discapacidad de Sheehan, Prueba de concentración, memoria de orientación, MASQ.D30, Interrupción social relacionada con la COVID	Los síntomas ansiosos y depresivos de esta manera: Angustia social asociaron con la calidad percibida y los síntomas sociales de esta manera: Angustia social asociaron con el comportamiento social informado.	81.82%
Taylor y cols. (2020)	EE.UU	C	150 personas que buscaban tratamiento por depresión o ansiedad 60.7% eran mujeres Edad: 18-50 ($M = 26.04$)	TAS (70.7%) TDM (55.3%) TAG (28.7%) TP(3.3%) AF(5.3%) TOC (2.7%) TEPT (6%) Dólar australiano (4.7%) Trastorno por consumo de marihuana (2.7%)	SCID, LSAS, MINI, PHQ-9, SCS-R, PANAS, SWLS, objetivos sociales, una menor satisfacción con la vida	Sentirse menos conectado socialmente se asoció con una menor satisfacción con la vida	100%
Tull et al. (2018)	EE.UU	C	41 pacientes de un tratamiento residencial de TUS 34.1% eran mujeres Edad: 18-49 ($M = 31.51$)	TDM (34.1%) TOC (22%) TAS (19.5%) TP(7.3%) TAG (36.6%) TEPT (45%) dólares australianos (55%)	DIAMOND, DERS-16, DASS-21, IPAQ-SF	La actividad física (pero no el comportamiento sedentario) predice la gravedad de los síntomas de depresión más allá de la desregulación emocional. Ninguno de los dos predice los síntomas de ansiedad.	100%

Nota: AUD = Trastorno por consumo de alcohol; CAS-1 = Síndrome cognitivo-atencional; DASS = Escalas de Depresión Ansiedad Estrés; DERS -16= Escala de Dificultades en la Regulación de las Emociones-16 ítems; DIAMOND = Entrevista de diagnóstico para ansiedad, estado de ánimo y TOC y trastornos neuropsiquiátricos relacionados; IPAQ-SF = Cuestionario Internacional de Actividad Física – Formulario abreviado; L = estudio longitudinal; LSAS = Escala de Ansiedad Social de Liebowitz; MASQ = Cuestionario de Síntomas del Estado de Ánimo y Ansiedad; MCQ-30 = Cuestionario de Metacogniciones-30; MINI = Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional; PANAS = Horario de Afectos Positivos y Negativos; PHQ-9 = Cuestionario de Salud del Paciente-9; PHQ-PD = Cuestionario de Salud del Paciente con Trastorno de Pánico; RRS = Escala de Respuestas Ruminativas; T = estudio transversal; TAG = Trastorno de Ansiedad Generalizada; TAS = Trastorno de Ansiedad Social; TDM = Trastorno Depresivo Mayor ; TEPT = Trastorno de Estrés Posttraumático; TOC = Trastorno Obsesivo Compulsivo; SCID = Entrevista Clínica; Estructurada para DSM; SCID-5 = Entrevista Clínica Estructurada para DSM-5; SCL-27plus = Lista de verificación de síntomas-27-plus; SCS-R = Escalas de autocompasión revisadas; SWLS = Escala de satisfacción con la vida

Tipo de factores de riesgo

Factores de riesgo psicológico

La mayoría de los estudios ($n = 39$, 73.58%) examinaron los factores de riesgo psicológicos. Para presentar los resultados de forma estructurada, se agruparon en seis categorías: procesos cognitivos, afecto negativo y neuroticismo, intole-

rancia a la incertidumbre, sensibilidad a la ansiedad, estrategias de afrontamiento y otras variables.

Los procesos cognitivos fueron la categoría más frecuente ($n = 18$, 33.96%). Estos datos y la calidad de los estudios analizados (puntuación de calidad media = 91.35%) permiten afirmar que son un factor de riesgo transdiagnóstico. Esta categoría agrupa procesos cognitivos como la rumia, el

pensamiento negativo repetitivo, el control de la atención y la preocupación (Drost et al., 2014; Fassett-Carman et al., 2020; Hijne et al., 2020; Hsu et al., 2015, 2019; Kircanski et al., 2015; Martínez et al., 2020; McEvoy et al., 2013; McEvoy & Brans, 2013; McEvoy & Mahoney, 2011, 2012; Merino et al., 2016; Paulus et al., 2015, 2018; Silveira et al., 2020; Spinhoven et al., 2015, 2018; Struijs et al., 2018). La segunda categoría que más ha demostrado ser transdiagnóstica ha sido el neuroticismo y el afecto negativo ($n = 14$, 26.41%; puntuación de calidad media = 90.67%) (Bedwell et al., 2016; Böhnke et al., 2014; Macatee et al., 2020; Mahoney & McEvoy, 2012a; McEvoy & Erceg-Hurn, 2016; McEvoy & Mahoney, 2012; Merino et al., 2016; Naragon-Gainey & Watson, 2018; Paulus et al., 2015, 2018; Struijs et al., 2018; Subica et al., 2016; Toro-Tobar et al., 2019, 2020).

En tercer lugar, la intolerancia a la incertidumbre también demostró ser un factor de riesgo transdiagnóstico para los trastornos de ansiedad y depresión, según se informó en diez estudios (Hunt et al., 2022; Mahoney & McEvoy, 2012a, 2012b; McEvoy & Erceg-Hurn, 2016; McEvoy & Mahoney, 2011, 2012; Naragon-Gainey & Watson, 2018; Paulus et al., 2015; Toro-Tobar et al., 2019, 2020) con una calidad media alta (84.77%). En cuarto lugar, se encontró que el papel de la sensibilidad a la ansiedad es transdiagnóstico en varios estudios ($n = 6$, 11.32%) (Boswell et al., 2013; Duyser et al., 2020; McEvoy & Brans, 2013; Paulus et al., 2015; Tyler et al., 2021; Zvielli et al., 2012) con una puntuación de calidad media del 93.75%

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, fueron analizadas y demostraron ser transdiagnósticas en nueve artículos (16.98%), pero no todos examinaron las mismas estrategias. Por tanto, no existe evidencia suficiente que permita afirmar con tanta firmeza su valor transdiagnóstico. Así, algunos de ellos ($n = 5$, 9.43%) se centraron en la regulación de las emociones (Anderson et al., 2021; Faustino, 2021; Lukat et al., 2017; Tyler et al., 2021; Zvolensky et al., 2018) otros ($n = 3$, 5.66%) examinaron el afrontamiento de evitación experiencial (Naragon-Gainey & Watson, 2018; Spinhoven et al., 2014, 2015) y solo uno (1.89%) analizó y encontró el papel de la tolerancia al malestar en la aparición de trastornos de ansiedad y depresivos (Macatee et al., 2020). Finalmente, la autocompasión, la propensión a la vergüenza y la vergüenza interiorizada también fueron analizadas en un estudio (1.89%) (Benda et al., 2018), pero serían necesarias más investigaciones para establecer una conclusión sobre si es un factor de riesgo transdiagnóstico para ansiedad y depresión.

Factores de riesgo biológico

Nueve (16.98%) artículos examinaron los factores de riesgo biológico de forma transversal, con calidad media alta. La amplitud de las ondas cerebrales se confirmó en tres artículos (5.66%) (Bedwell et al., 2015; Macedo et al., 2021; MacNamara et al., 2016) y se examinó la activación de regiones cerebrales en cuatro (7.54%) (Feurer et al., 2021; Park et

al., 2021; Radoman et al., 2019; Sheena et al., 2021). Solo una publicación (1.89%) analizó y encontró la responsividad de la Arritmia Sinusal Respiratoria (RSA) como medida transdiagnóstica (Kircanski et al., 2016). Por último, otra publicación (Yusufov et al., 2021) asoció el IMC con depresión, riesgo de suicidio y menor bienestar. Sin embargo, a pesar de ser el tipo de factores con mayor calidad media, se necesitan más estudios para determinar su estado transdiagnóstico.

Factores de riesgo socioculturales

La categoría menos estudiada fue la de factores de riesgo socioculturales ($n = 5$, 9.43%). La baja frecuencia de estos estudios también impide sacar conclusiones firmes sobre su estado transdiagnóstico. Esta categoría es la más heterogénea y agrupa las adversidades de la infancia (Dragan & Kowalski, 2020), el género, la edad y el estado civil (Muñoz-Navarro et al., 2021); el proceso de socialización (Swerdlow et al., 2021; Taylor et al., 2020) y la actividad física (Tull et al., 2018). Cuando las personas sufrieron adversidades infantiles, el riesgo de ser diagnosticados con trastornos de ansiedad o depresivos era mayor que el de las personas que no los sufrieron (Dragan & Kowalski, 2020). Además, ser mujer, soltera (en lugar de casada), tener menos estudios (Muñoz-Navarro et al., 2021) y ser sedentario (Tull et al., 2018) son factores de riesgo para sufrir trastornos de ansiedad o depresivos. El mismo estudio encontró que los adultos jóvenes (de 18 a 25 años) y los adultos (de 26 a 39 años) presentaban más trastornos de ansiedad o depresivos que las personas mayores. Pasando al proceso de socialización, sentirse menos conectado socialmente se asoció con una disminución de la satisfacción con la vida más allá de la gravedad de los síntomas clínicos (Taylor et al., 2020). Mientras que los síntomas depresivos estaban relacionados con la calidad social percibida, los ansiosos estaban más vinculados con el comportamiento social informado (Swerdlow et al., 2021).

Discusión

Se empleó un proceso sistemático descrito por las directrices PRISMA (Page et al., 2021) para identificar todos los factores de riesgo transdiagnósticos de ansiedad y trastornos depresivos en la población clínica adulta. De las publicaciones revisadas surgió una variedad de factores psicológicos, biológicos y socioculturales que parecen ser relevantes desde el punto de vista transdiagnóstico en adultos diagnosticados con trastornos de ansiedad y depresivos. Los resultados de esta revisión sistemática destacan varios factores transdiagnósticos que pueden ser usados en intervenciones preventivas o de tratamiento además de abrir líneas de investigación futuras prometedoras.

Esta revisión indicó que los factores de riesgo transdiagnóstico más investigados fueron las variables psicológicas. El neuroticismo o afectividad negativa ha demostrado su poder predictivo en la aparición de trastornos de ansiedad o depresivos, siendo un factor general en el modelo transdiagnóstico

(Paulus et al., 2015). Podría representar la angustia general compartida en los trastornos de internalización. Sin embargo, funciona de manera diferente dependiendo de si se trata de un trastorno depresivo, un trastorno de ansiedad o un trastorno mixto (ansiedad y depresión) (Merino et al., 2016). Estas diferencias podrían deberse a los vínculos con procesos cognitivos como la rumia, el pensamiento negativo repetitivo, el control de la atención y la preocupación que parecen relevantes en el desarrollo de los trastornos de ansiedad y depresivos. Aunque son procesos cognitivos, muchos estudios han demostrado que las cavilaciones se asocian con trastornos depresivos (Hong & Cheung, 2015; Spinhoven et al., 2018; Struijs et al., 2018), mientras que la preocupación es un mejor predictor del trastorno de ansiedad general (Spinhoven et al., 2015; Struijs et al., 2018). Sin embargo, Kircanski et al. (2015) han demostrado que ambos son constructos transdiagnósticos entre la ansiedad y los trastornos depresivos. Así, debido a la correlación de estas variables (Silveira et al., 2020), podría integrarse en una dimensión transdiagnóstica, como el pensamiento negativo repetitivo (Spinhoven et al., 2015; 2018). Pasando a otras variables cognitivas, la concentración (Hunt et al., 2022) y la reflexión (McEvoy & Brand, 2013) podrían ser mejores predictores de los trastornos depresivos.

La segunda y tercera variables transdiagnóstica más estudiadas fueron la intolerancia a la incertidumbre y la sensibilidad a la ansiedad. Si bien el modelo metanalítico de ecuaciones estructurales realizado por Hong y Cheung (2015) encontró la sensibilidad a la ansiedad y la intolerancia a la incertidumbre como vulnerabilidad específica de la ansiedad, en esta revisión se ha encontrado que dichas variables son transdiagnósticas y, por lo tanto, corresponderían a una vulnerabilidad compartida entre los diagnósticos de ansiedad y depresión (Paulus et al., 2015; Toro-Tobar et al., 2019; 2020) incluso después de controlar el neuroticismo (McEvoy & Mahoney, 2011; 2012; Naragon-Gainey & Watson, 2016). Este resultado se alinea con investigaciones previas donde este constructo fue esencial para la génesis de los trastornos internalizantes (Griffith et al., 2010), entre los que se encuentran los trastornos estudiados en esta revisión sistemática (Krueger & Eaton, 2015). Sería fundamental investigar otras variables transdiagnósticas con menos evidencia, como la regulación emocional o la evitación experiencial, que podrían explicar la eficacia del mismo tratamiento para los trastornos ansiosos y depresivos y el desarrollo de protocolos transdiagnósticos como una alternativa de tratamiento eficaz y más eficiente (Aguilera-Martín et al., 2022).

El segundo tipo de variables más investigadas según esta revisión fueron las biológicas, donde la calidad promedio de los estudios fue excelente (94.44%). Sin embargo, se necesitaría más investigación para tener evidencia empírica suficiente sobre todo de algunos de ellos. Todos los estudios biológicos son transversales, por lo que los estudios longitudinales también podrían ayudar a ganar peso empírico. La forma típica de examinar el correlato biológico es evaluar las ondas neurobiológicas o regiones de activación. La amplitud

de las ondas o la activación de la amígdala fue un hallazgo biológico descrito en varios estudios. Sin embargo, otras medidas, como el RSA, el IMC y la circunferencia de la cintura, requieren más investigación ya que solo había un artículo para cada medida. Aunque estos factores han sido investigados más que los socioculturales, la epigenética ha demostrado cómo el entorno puede producir cambios en nuestro cuerpo, que pueden afectar la salud mental (Cecil et al., 2022). Así, se ha demostrado cómo situaciones de estrés severo producen cambios en las ondas cerebrales (Jin et al., 2021) o cómo el maltrato infantil produce cambios estructurales, bioquímicos y funcionales en el cerebro (Coley et al., 2021; Glaser, 2000); por lo tanto, los estudios también deberían evaluar dimensiones contextuales que pueden promover estos cambios cerebrales.

Entre los factores investigados por los estudios de la presente revisión, algunos factores poco explorados merecen una mayor investigación. Los socioculturales fueron los menos investigados. Solo hay cuatro publicaciones, y todas las categorías excepto el proceso de socialización, que fue investigado en dos estudios, solo han sido investigadas en una publicación. Además, esta revisión sistemática no muestra resultados positivos para la regulación emocional, los sesgos cognitivos o la metacognición. Podría deberse a que los estudios que investigan estas variables no utilizan las variables de inclusión que esta revisión sistemática ha analizado.

Esta revisión sistemática también tiene limitaciones que tener en cuenta. Es importante señalar que los resultados de esta revisión deben interpretarse con cautela debido a varias complejidades e incertidumbres metodológicas. En primer lugar, los estudios variaron considerablemente en términos de medidas transdiagnósticas, y muchos de ellos estaban en formato de autoinforme, por lo que, a pesar de haber encontrado una consistencia considerable en algunos factores, la diversidad en las medidas de psicopatología incluidas en los estudios dificulta establecer unas conclusiones firmes.

En segundo lugar, es fundamental considerar que aproximadamente el 80% de los estudios analizados son transversales y que casi la mitad de ellos fueron realizados en Estados Unidos, lo que dificulta determinar la causalidad y generalización de los resultados obtenidos. Por otro lado, los criterios de inclusión aplicados en esta revisión significaron que sólo se utilizaron publicaciones revisadas por pares. Aunque esta medida se ha tomado para garantizar la calidad de los estudios, puede producirse un sesgo de publicación.

Además, futuras líneas de investigación podrían centrarse en el estudio de aquellas variables menos investigadas, por ejemplo, los factores socioculturales, para obtener mayor evidencia científica relevante sobre los factores comunes de los diferentes diagnósticos. Por otro lado, futuros estudios podrían realizar un modelo empírico que pueda explicar la parte estándar de los trastornos de ansiedad y depresivos que podría atribuirse a variables transdiagnósticas y varianzas específicas que podrían diferenciar entre los trastornos específicos. Estos hallazgos también se pueden extrapolar para mejorar las evaluaciones de los trastornos de ansiedad o depre-

sivos en adultos mediante la necesidad de evaluaciones dimensionales que tengan en cuenta múltiples constructos, como el Inventario de Trastornos Emocionales Multidimensionales (MEDI) (Osma et al., 2021; Rosellini & Brown, 2019) o la necesidad de utilizar intervenciones transdiagnósticas, como el Protocolo Unificado (Barlow et al., 2018) para intervenir sobre los mecanismos de vulnerabilidad y mantenimiento que comparten todos los trastornos emocionales. Además, la intervención en variables transdiagnósticas puede ser más eficiente ya que permite su aplicación en formato de tratamiento grupal y puede utilizarse en varios diagnósticos (Aguilera-Martín et al., 2022; Peris-Baquero et al., 2022). Por último, también habrá que investigar y llevar a cabo intervenciones integradas y multidisciplinarias para reducir la sintomatología de las personas que padecen trastornos de ansiedad o depresivos y mejorar su calidad de vida.

Conclusión

Hasta donde sabemos, esta es la primera revisión sistemática del riesgo transdiagnóstico en pacientes diagnosticados de trastornos de ansiedad o depresivos en muestras de adultos. Después de revisar varios factores de riesgo en estudios de alta calidad, no se puede afirmar con certeza que todos ellos sean factores de riesgo transdiagnósticos de trastornos de ansiedad o depresivos. Si bien algunos factores psicológicos como los procesos cognitivos, el neuroticismo, el afecto negativo, la intolerancia a la incertidumbre y la sensibilidad a la ansiedad han demostrado su naturaleza transdiagnóstica, las variables restantes necesitan más investigación para llegar a una conclusión sólida. Otro resultado significativo fueron los predictores más relevantes en cada trastorno. Así, fue la intolerancia a la incertidumbre para el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno depresivo mayor, así como la

sensibilidad a la ansiedad para el trastorno de pánico. En el caso del TEPT, tanto la sensibilidad a la ansiedad como la intolerancia a la incertidumbre fueron las mejores variables. Por otro lado, a pesar del modelo transdiagnóstico defendido en este trabajo, se ha intentado sintetizar qué variables han sido más investigadas para cada trastorno para orientar futuras investigaciones.

Estos hallazgos tienen implicaciones importantes para la prevención y la intervención. Mejorar la regulación emocional y la autorregulación y reducir las condiciones ambientales que fomentan eventos vitales estresantes pueden ser objetivos particularmente destacados para la prevención e intervención de dimensiones generales y específicas de la psicopatología. Además, esta publicación permite una base más sólida de conocimiento sobre cómo construir un modelo para los trastornos de ansiedad o depresivos utilizando factores de riesgo transdiagnósticos y específicos que podrían ayudar a comprender el desarrollo de la psicopatología y cómo prevenirla. Además, esta revisión identificó varias preocupaciones metodológicas que deberían abordarse en futuras investigaciones. En particular, existe una necesidad fundamental de estudios más completos, longitudinales y multidisciplinarios para establecer mayores relaciones causales. La realización de tales estudios podría dar como resultado una base de conocimientos más sustancial que impulsará la identificación de relaciones sólidas entre el riesgo transdiagnóstico y los trastornos mentales, lo que puede facilitar el desarrollo de enfoques de prevención e intervención con respaldo empírico.

Información complementaria

Apoyo económico.- La revisión no tiene apoyo económico.

Intereses contrapuestos.- No existe ningún interés competitivo de los autores de la revisión.

Referencias

- Aguilera-Martín, Á., Gálvez-Lara, M., Cuadrado, F., Moreno, E., García-Torres, F., Martínez, J. F. V., Corpas, J., Jurado-González, F. J., Muñoz-Navarro, R., González-Blanch, C., Ruiz-Rodríguez, P., Barrio-Martínez, S., Prieto-Vila, M., Carpallo-González, M., Vindel, A. C., & Moriana, J. A. (2022). Cost-effectiveness and cost-utility Evaluation of individual vs. group transdiagnostic Psychological Treatment for Emotional Disorders in Primary Care (PSICAP-COSTS): a multicentre randomized controlled trial protocol. *BMC Psychiatry*, 22(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03726-4>
- *Anderson, G. N., Tung, E. S., Brown, T. A., & Rosellini, A. J. (2021). Facets of Emotion Regulation and Emotional Disorder Symptom Dimensions: Differential Associations and Incremental Validity in a Large Clinical Sample. *Behavior Therapy*, 52(4), 917-931. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.11.003>
- Barlow, D., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., H. Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2018). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
- *Bedwell, J. S., Butler, P. D., Chan, C. C., & Trachik, B. J. (2015). Transdiagnostic psychiatric symptoms related to visual evoked potential abnormalities. *Psychiatry Research*, 230(2), 262-270. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.004>
- *Bedwell, J. S., Potts, G. F., Gooding, D. C., Trachik, B. J., Chan, C. C., & Spencer, C. C. (2016). Transdiagnostic Psychiatric Symptoms and Event-Related Potentials following Rewarding and Aversive Outcomes. *PLoS one*, 11(6), e0157084. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157084>
- *Benda, J., Korinek, D., Vyhnanek, A., & Nemlahova, T. (2018). Differences in self-compassion and shame-proneness in patients with borderline personality disorder, eating disorders, alcohol-addiction and in healthy controls: Is the narrative self at fault for everything? *Výzkumné Studie*, 62(6), 529-541. <https://doi.org/10.31234/osf.io/ncjax>
- *Böhnke, J. R., Lutz, W., & Delgado, J. (2014). Negative affectivity as a transdiagnostic factor in patients with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders*, 166, 270-278. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.023>
- *Boswell, J. F., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray, H. W., Fortune, M. R., & Barlow, D. H. (2013). Anxiety Sensitivity and Interoceptive Exposure: A Transdiagnostic Construct and Change Strategy. *Behavior Therapy*, 44(3), 417-431. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.03.006>
- Burkhouse, K. L., Gorka, S. M., Afshar, K., & Phan, K. L. (2017). Neural reactivity to reward and internalizing symptom dimensions. *Journal of Affective Disorders*, 217, 73-79. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.061>
- Cecil, C. A., Neumann, A., & Walton, E. (2022). Epigenetics Applied to Child and Adolescent Mental Health: progress, challenges and opportunities. *JCPP advances*, 3(1), e12133. <https://doi.org/10.1002/jcv2.12133>
- Cohen, J. (1968). Weighted kappa: Nominal scale agreement provision for scaled disagreement or partial credit. *Psychological Bulletin*, 70(4), 213-220. <https://doi.org/10.1037/h0026256>
- Coley, E. J., Mayer, E. A., Osadchii, V., Chen, Z., Subramanyam, V., Zhang, Y., Hsiao, E. Y., Gao, K., Bhatt, R., Dong, T. S., Vora, P., Naliboff, B. D., Jacobs, J. P., & Gupta, A. R. (2021). Early life adversity predicts brain-gut alterations associated with increased stress and mood. *Neurobiology of Stress*, 15, 100348. <https://doi.org/10.1016/j.yynstr.2021.100348>
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>

- Conway, C., Hammen, C., & Brennan, P. A. (2012). Expanding Stress Generation Theory: Test of a transdiagnostic model. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(3), 754–766. <https://doi.org/10.1037/a0027457>
- *Dragan, M., & Kowalski, J. (2020). Childhood adversities and psychopathology in participants with high and low severity of cognitive-attentional syndrome symptoms. *European Journal of Trauma & Dissociation, 4*(4), 100112. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.05.005>
- *Drost, J., van der Does, W., van Hemert, A. M., Penninx, B. W. J. H., & Spinhoven, P. (2014). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic factor in depression and anxiety: A conceptual replication. *Behaviour Research and Therapy, 63*, 177–183. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.06.004>
- *Duyser, F. A., van Eijndhoven, P. F. P., Bergman, M. A., Collard, R. M., Schene, A. H., Tendolkar, I., & Vrijzen, J. N. (2020). Negative memory bias as a transdiagnostic cognitive marker for depression symptom severity. *Journal of Affective Disorders, 274*, 1165–1172. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.156>
- Eaton, N. (2015). Latent variable and network models of comorbidity: toward an empirically derived nosology. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 50*(6), 845–849. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1012-7>
- *Fassett-Carman, A. N., DiDomenico, G. E., von Steiger, J., & Snyder, H. R. (2020). Clarifying stress-internalizing associations: Stress frequency and appraisals of severity and controllability are differentially related to depression-specific, anxiety-specific, and transdiagnostic internalizing factors. *Journal of Affective Disorders, 260*, 638–645. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.053>
- *Faustino, B. (2021). Transdiagnostic perspective on psychological inflexibility and emotional dysregulation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 49*(2), 233–246. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000600>
- *Feurer, C., Jimmy, J., Chang, F., Langenecker, S. A., Phan, K. L., Ajilore, O., & Klumpp, H. (2021). Resting state functional connectivity correlates of rumination and worry in internalizing psychopathologies. *Depression and Anxiety, 38*(5), 488–497. <https://doi.org/10.1002/da.23142>
- Glaser, D. (2000). Child Abuse and Neglect and The Brain—A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*(1), 97–116. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00551>
- Griffith, J. W., Zinbarg, R. E., Craske, M. G., Mineka, S., Rose, R. D., Waters, A. M., & Sutton, J. M. (2010). Neuroticism as a common dimension in the internalizing disorders. *Psychological Medicine, 40*(7), 1125–1136. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991449>
- *Hijne, K., Penninx, B. W., van Hemert, A. M., & Spinhoven, P. (2020). The association of changes in repetitive negative thinking with changes in depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders, 275*, 157–164. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.002>
- Hong, R. Y., & Cheung, M. W.-L. (2015). The Structure of Cognitive Vulnerabilities to Depression and Anxiety. *Clinical Psychological Science, 3*(6), 892–912. <https://doi.org/10.1177/2167702614553789>
- Hoppen, T. H., & Chalder, T. (2018). Childhood Adversity as a transdiagnostic risk factor for affective Disorders in Adulthood: A Systematic review focusing on biopsychosocial moderating and mediating variables. *Clinical Psychology Review, 65*, 81–151. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.002>
- *Hsu, K. J., Beard, C., Rifkin, L., Dillon, D. G., Pizzagalli, D. A., & Björgvinsson, T. (2015). Transdiagnostic mechanisms in depression and anxiety: The role of rumination and attentional control. *Journal of Affective Disorders, 188*, 22–27. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.008>
- *Hsu, K. J., Forgeard, M., Stein, A. T., Beard, C., & Björgvinsson, T. (2019). Examining differential relationships among self-reported attentional control, depression, and anxiety in a transdiagnostic clinical sample. *Journal of Affective Disorders, 248*, 29–33. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.017>
- Huh, H. J., Kim, K. H., Lee, H. K., & Chae, J. H. (2017). The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal of Affective Disorders, 213*, 44–50. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.009>
- *Hunt, C., Exline, J. J., Fletcher, T. L., & Teng, E. J. (2022). Intolerance of uncertainty prospectively predicts the transdiagnostic severity of emotional psychopathology: Evidence from a Veteran sample. *Journal of Anxiety Disorders, 86*, 102530. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102530>
- Jin, S., Shin, C., Han, C., Kim, Y. K., Lee, J. H., Jeon, S. W., Lee, S., & Ko, Y. H. (2021). Changes in brain electrical activity according to post-traumatic stress symptoms in survivors of the Sewol ferry disaster: a 1-year longitudinal study. *Clinical psychopharmacology and neuroscience: the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology, 19*(3), 537–544. <https://doi.org/10.9758/cpn.2021.19.3.537>
- *Kircanski, K., Thompson, R. J., Sorenson, J. E., Sherdell, L., & Gotlib, I. H. (2015). Rumination and Worry in Daily Life. *Clinical Psychological Science, 3*(6), 926–939. <https://doi.org/10.1177/2167702614566603>
- *Kircanski, K., Waugh, C. E., Camacho, M. C., & Gotlib, I. H. (2016). Aberrant Parasympathetic Stress Responsivity in Pure and Co-Occurring Major Depressive Disorder and Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 38*(1), 5–19. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9493-y>
- Krueger, R. F., & Eaton, N. R. (2015). Transdiagnostic factors of mental disorders. *World Psychiatry, 14*(1), 27–29. <https://doi.org/10.1002/wps.20175>
- Littlefield, A. K., Lane, S. P., Gette, J. A., Watts, A. L., & Sher, K. J. (2021). The “Big Everything”: integrating and investigating dimensional models of psychopathology, personality, personality pathology, and cognitive functioning. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 12*(2), 103–114. <https://doi.org/10.1037/per0000457>
- *Lukat, J., Becker, E. S., Lavallee, K. L., van der Veld, W. M., & Margraf, J. (2017). Predictors of Incidence, Remission and Relapse of Axis I Mental Disorders in Young Women: A Transdiagnostic Approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*(2), 322–331. <https://doi.org/10.1002/cpp.2026>
- Lynch, S. J., Sunderland, M., Newton, N. C., & Chapman, C. (2021). A systematic review of transdiagnostic risk and protective factors for general and specific psychopathology in young people. *Clinical Psychology Review, 87*, 102036. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102036>
- *Macatee, R. J., Correa, K. A., Carrillo, V. L., Berenz, E., & Shankman, S. A. (2020). Distress Tolerance as a Familial Vulnerability for Distress-Misery Disorders. *Behavior Therapy, 51*(6), 905–916. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.12.008>
- *Macedo, I., Pasion, R., Barbosa, F., & Ferreira-Santos, F. (2021). A dimensional approach to the neuronal correlates of anxiety, depression, and perfectionism: A transdiagnostic dissociation of error-related brain activity. *Behavioural Brain Research, 408*, 113271. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2021.113271>
- *MacNamara, A., Kotov, R., & Hajcak, G. (2016). Diagnostic and Symptom-Based Predictors of Emotional Processing in Generalized Anxiety Disorder and Major Depressive Disorder: An Event-Related Potential Study. *Cognitive Therapy and Research, 40*(3), 275–289. <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9717-1>
- *Mahoney, A. E. J., & McEvoy, P. M. (2012a). Trait Versus Situation-Specific Intolerance of Uncertainty in a Clinical Sample with Anxiety and Depressive Disorders. *Cognitive Behaviour Therapy, 41*(1), 26–39. <https://doi.org/10.1080/16506073.2011.622131>
- *Mahoney, A. E. J., & McEvoy, P. M. (2012b). A Transdiagnostic Examination of Intolerance of Uncertainty Across Anxiety and Depressive Disorders. *Cognitive Behaviour Therapy, 41*(3), 212–222. <https://doi.org/10.1080/16506073.2011.622130>
- *Martínez, R., Senra, C., Fernández-Rey, J., & Merino, H. (2020). Sociotropy, Autonomy and Emotional Symptoms in Patients with Major Depression or Generalized Anxiety: The Mediating Role of Rumination and Immature Defenses. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(16), 5716. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165716>
- *McEvoy, P. M., & Brans, S. (2013). Common Versus Unique Variance Across Measures of Worry and Rumination: Predictive Utility and Mediation Models for Anxiety and Depression. *Cognitive Therapy and Research, 37*(1), 183–196. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9448-5>
- *McEvoy, P. M., & Erceg-Hurn, D. M. (2016). The search for universal transdiagnostic and trans-therapy change processes: Evidence for intolerance of uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders, 41*, 96–107. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.002>
- *McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. J. (2011). Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders, 25*(1), 112–122. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.010>
- *McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. J. (2012). To Be Sure, To Be Sure: Intolerance of Uncertainty Mediates Symptoms of Various Anxiety Disorders and Depression. *Behavior Therapy, 43*(3), 533–545. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.02.007>
- *McEvoy, P. M., Watson, H., Watkins, E. R., & Nathan, P. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: Evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of Affective Disorders, 151*(1), 313–320. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.014>
- *Merino, H., Senra, C., & Ferreira, F. (2016). Are Worry and Rumination Specific Pathways Linking Neuroticism and Symptoms of Anxiety and Depression in Patients with Generalized Anxiety Disorder, Major Depressive Disorder and Mixed Anxiety-Depressive Disorder? *PLOS ONE, 11*(5), e0156169. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156169>
- Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetc, R., Currie, M. J., Lisy, K., Qureshi, R., Mattis, P., & Mu, P. F. (2020). Chapter 7: Systematic Reviews of Etiology and risk. In *JBI eBooks*. <https://doi.org/10.46658/jbimes-20-08>
- *Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Schmitz, F., Cabello, R., & Fernández-Berrocal, P. (2021). Emotional distress and associated sociodemographic risk factors during the COVID-19 outbreak in Spain. *Health Education & Behavior, 48*(4), 412–423. <https://doi.org/10.1177/10901981211014101>
- *Naragon-Gainey, K., & Watson, D. (2018). What Lies Beyond Neuroticism? An Examination of the Unique Contributions of Social-Cognitive Vulnerabilities to Internalizing Disorders. *Assessment, 25*(2), 143–158. <https://doi.org/10.1177/1073191116659741>
- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E. R. (2011). A Heuristic for Developing Transdiagnostic Models of Psychopathology. *Perspectives on Psychological Science, 6*(6), 589–609. <https://doi.org/10.1177/1745691611419672>
- Osma, J., Martínez-Loredo, V., Quilez-Orden, A., Peris-Baquero, Ó., & Suso-Ribera, C. (2021). Validity Evidence of the Multidimensional Emotional Disorders Inventory among Non-Clinical Spanish University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(16), 8251. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168251>
- Ouzzani, M., Hammady, H. M., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. K. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews, 5*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C. D.,

- Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E. A., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., . . . McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 Explanation and Elaboration: Updated Guidance and Exemplars for Reporting Systematic Reviews. *The BMJ*, n160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- *Park, H., Forthman, K. L., Kuplicki, R., Victor, T. A., Yeh, H.-W., Thompson, W. K., & Paulus, D. P. (2021). Polygenic risk for neuroticism moderates response to gains and losses in amygdala and caudate: Evidence from a clinical cohort. *Journal of Affective Disorders*, 293, 124–132. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.016>
- *Paulus, D. J., Kauffman, B. Y., Garey, L., Jardin, C., Manning, K., Bakhshaie, J., Garza, M., Ochoa-Perez, M., Lemaire, C., & Zvolensky, M. J. (2018). Examining the Synergistic Effects of Two Transdiagnostic Vulnerability Factors in Relation to Anxiety and Depressive Symptoms and Disorders Among Latinos in a Community Health Care Setting. *Behavior Modification*, 42(5), 661–683. <https://doi.org/10.1177/0145445517725867>
- *Paulus, D. J., Talkovsky, A. M., Heggeness, L. F., & Norton, P. J. (2015). Beyond Negative Affectivity: A Hierarchical Model of Global and Transdiagnostic Vulnerabilities for Emotional Disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(5), 389–405. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1017529>
- Peris-Baquero, Ó., Moreno, J. D., & Osa, J. (2022). Long-term cost-effectiveness of group unified protocol in the Spanish public mental health system. *Current Psychology*, 42(26), 22462–22477. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03365-8>
- Peters, A. T., Burkhouse, K. L., Kinney, K. L., & Luan Phan, K. (2019). The roles of early-life adversity and rumination in neural response to emotional faces amongst anxious and depressed adults. *Psychological Medicine*, 49(13), 2267–2278. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003203>
- Price, M., & van Stolk-Cooke, K. (2015). Examination of the interrelations between the factors of PTSD, major depression, and generalized anxiety disorder in a heterogeneous trauma-exposed sample using DSM 5 criteria. *Journal of Affective Disorders*, 186, 149–155. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.012>
- *Radoman, M., Phan, K. L., & Gorka, S. M. (2019). Neural correlates of predictable and unpredictable threat in internalizing psychopathology. *Neuroscience Letters*, 701, 193–201. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2019.02.031>
- Rosellini, A. J., & Brown, T. A. (2019). The Multidimensional Emotional Disorder Inventory (MEDI): Assessing transdiagnostic dimensions to validate a profile approach to emotional disorder classification. *Psychological Assessment*, 31(1), 59–72. <https://doi.org/10.1037/pas0000649>
- Rosser, B. A. (2019). Intolerance of Uncertainty as a Transdiagnostic Mechanism of Psychological Difficulties: A Systematic Review of Evidence Pertaining to Causality and Temporal Precedence. *Cognitive Therapy and Research*, 43(2), 438–463. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9964-z>
- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R. M., Collins, J. K., . . . Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- *Sheena, M. K., Jimmy, J., Burkhouse, K. L., & Klumpp, H. (2021). Anterior cingulate cortex activity during attentional control corresponds with rumination in depression and social anxiety. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 317, 111385. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.111385>
- *Silveira, É. de M., Passos, I. C., Scott, J., Bristot, G., Scotton, E., Teixeira Mendes, L. S., Umpierre Knackfuss, A. C., Gerchmann, L., Fijtman, A., Trasel, A. R., Salum, G. A., & Kauer-Sant'Anna, M. (2020). Decoding rumination: A machine learning approach to a transdiagnostic sample of outpatients with anxiety, mood and psychotic disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 121, 207–213. <https://doi.org/10.1016/j.jpsycho.2019.12.005>
- *Spinhoven, P., Drost, J., de Rooij, M., van Hemert, A. M., & Penninx, B. W. (2014). A Longitudinal Study of Experiential Avoidance in Emotional Disorders. *Behavior Therapy*, 45(6), 840–850. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.07.001>
- *Spinhoven, P., Drost, J., van Hemert, B., & Penninx, B. W. (2015). Common rather than unique aspects of repetitive negative thinking are related to depressive and anxiety disorders and symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 33, 45–52. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.05.001>
- *Spinhoven, P., van Hemert, A. M., & Penninx, B. W. (2018). Repetitive negative thinking as a predictor of depression and anxiety: A longitudinal cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 241, 216–225. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.037>
- *Struijs, S. Y., Lamers, F., Spinhoven, P., van der Does, W., & Penninx, B. W. J. H. (2018). The predictive specificity of psychological vulnerability markers for the course of affective disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 103, 10–17. <https://doi.org/10.1016/j.jpsycho.2018.04.017>
- *Subica, A. M., Allen, J. G., Frueh, B. C., Elhai, J. D., & Fowler, J. C. (2016). Disentangling depression and anxiety in relation to neuroticism, extraversion, suicide, and self-harm among adult psychiatric inpatients with serious mental illness. *British Journal of Clinical Psychology*, 55(4), 349–370. <https://doi.org/10.1111/bjc.12098>
- *Swerdlow, B. A., Johnson, S. L., Timpano, K. R., Porter, P. A., & Dev, A. (2021). Longitudinal associations between internalizing symptoms, social behavior, and social perceptions in the initial months of the COVID-19 pandemic: Findings from a transdiagnostic community sample. *Journal of Affective Disorders*, 294, 805–812. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.093>
- *Taylor, C. T., Pearlstein, S. L., & Stein, M. B. (2020). A tale of two systems: Testing a positive and negative valence systems framework to understand social disconnection across anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 266, 207–214. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.041>
- *Toro-Tobar, R. A., Avendaño-Prieto, B. L., & Vargas Espinosa, N. M. (2020). Transdiagnostic Model of Anxiety and Depression According to the Relationship with Affect, Intolerance of Uncertainty, and Anxiety Sensitivity. *CEES Psicología*, 13(1), 140–152. <https://doi.org/10.21615/cesp.13.1.9>
- *Toro-Tobar, R. A., Barrera, S. M., Ramos Rodríguez, B. R., & Velásquez Gordillo, A. I. (2019). Sensitividad Ansiosa y Afecto Negativo: Modelo transdiagnóstico para síntomas ansiosos y depresivos [Anxious Sensitivity and Negative Affect: Transdiagnostic model for anxious and depressive symptoms]. *Revista de Psicología*, 37(2), 583–602. <https://doi.org/10.18800/psico.201902.009>
- *Tull, M. T., Lee, A. A., Geers, A. L., & Gratz, K. L. (2018). Exploring the role of sedentary behavior and physical activity in depression and anxiety symptom severity among patients with substance use disorders. *Mental Health and Physical Activity*, 14, 98–102. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2018.03.001>
- *Tyler, J., Mu, W., McCann, J., Belli, G., & Asnaani, A. (2021). The unique contribution of perfectionistic cognitions to anxiety disorder symptoms in a treatment-seeking sample. *Cognitive Behaviour Therapy*, 50(2), 121–137. <https://doi.org/10.1080/16506073.2020.1798497>
- Vassar, M., Atakpo, P., & Kash, M. J. (2016). Manual search approaches used by systematic reviewers in dermatology. *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 104(4), 302–304. <https://doi.org/10.3163/1536-5050.104.4.009>
- Venables, N. C., Hicks, B. M., Yancey, J. R., Kramer, M. D., Nelson, L. D., Strickland, C. M., Krueger, R. F., Iacono, W. G., & Patrick, C. J. (2017). Evidence of a prominent genetic basis for associations between psychoneurometric traits and common mental disorders. *International Journal of Psychophysiology*, 115, 4–12. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2016.09.011>
- *Yusufov, M., Kopeski, L. M., Silverman, A. L., & Björngvinnsson, T. (2021). Associations of Body Weight and Waist Circumference with Psychopathology, Substance Use, and Well-Being in an Adult Transdiagnostic Sample. *Journal of Affective Disorders*, 281, 279–288. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.029>
- Zimmermann, M., Chong, A. K., Vechiu, C., & Papa, A. (2020). Modifiable risk and protective factors for anxiety disorders among adults: A systematic review. *Psychiatry Research*, 285, 112705. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112705>
- *Zvielli, A., Bernstein, A., & Berenz, E. C. (2012). Exploration of a Factor Mixture-Based Taxonic-Dimensional Model of Anxiety Sensitivity and Transdiagnostic Psychopathology Vulnerability Among Trauma-Exposed Adults. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(1), 63–78. <https://doi.org/10.1080/16506073.2011.632436>
- *Zvolensky, M. J., Paulus, D. J., Bakhshaie, J., Garza, M., Valdivieso, J., Ochoa-Perez, M., Reitzel, L. R., Viana, A. G., Lemaire, C., Bogiaizian, D., Robles, Z., Manning, K., Mayorga, N. A., Schmidt, N. B., & Collado, A. (2018). Anxiety sensitivity and rumination: Transdiagnostic factors involved in the relation between subjective social status and anxiety and depressive symptoms and disorders among economically disadvantaged Latinos in primary care. *American Journal of Orthopsychiatry*, 88(5), 571–581. <https://doi.org/10.1037/ort0000307>
- Zvolensky, M. J., & Leventhal, A. M. (2016). Affect and Health Behavior Co-Occurrence. *Behavior Modification*, 40(1-2), 3-6. <https://doi.org/10.1177/0145445515627307>

Apéndice 1

Cadenas de búsqueda para la base de datos

1. "Emotional disorder"
2. "Mood disorder"
3. (Anxiety AND depression)
4. OR /2-4
5. Transdiagnostic
6. Risk factor
7. Predict*
8. Caus*
9. Vulnerab*
10. Predispos*
11. Susceptib*
12. Perfectionist
13. Rumination
14. "Negative affective"
15. "Anxiety sensitivity"
16. "Intolerance of uncertainty"
17. OR /7-18
18. 4 AND 5 AND 17

Apéndice 2

Cadenas de búsqueda para cada base de datos

Búsqueda en Scopus: transdiagnostic AND (mood AND disorder) AND (risk AND factors OR contributing AND factors OR predisposing AND factors OR predictor OR cause OR vulnerability AND factors) AND adults OR transdiagnostic AND (emotional AND disorders) AND (risk AND factors OR contributing AND factor OR predisposing AND factor OR predictor OR cause OR vulnerability AND factors) AND adults OR transdiagnostic AND depression AND anxiety AND (risk AND factors OR contributing AND factors OR predisposing AND factors OR predictor OR cause OR vulnerability AND factors) AND adults AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "re") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "ed")) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "PSYC")) AND (LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Adult"))

Búsqueda WOS: "emotional disorder" OR "mood disorder" OR (anxiety AND depression) (All Fields) AND transdiagnostic (All Fields) AND "risk factor" OR predict* OR caus* OR vulnerab* OR predispos* OR susceptib* OR perfectionist OR rumination OR "negative affective" OR "anxiety sensitivity" OR "intolerance of uncertainty" OR neuroticism (All Fields)

Búsqueda en Pubmed: (("emotional disorder" OR "mood disorder" OR (anxiety AND depression)) AND (transdiagnostic)) AND ("risk factor" OR predict* OR caus* OR vulnerab* OR predispos* OR susceptib* OR perfectionist OR rumination OR "negative affective" OR "anxiety sensitivity" OR "intolerance of uncertainty" OR neuroticism)

Búsqueda en Dialnet: "emotional disorder" OR "mood disorder" OR (anxiety AND depression) AND transdiagnostic AND "risk factor" OR predict* OR caus* OR vulnerab* OR predispos*