

TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO DE UN CASO CLÍNICO CON ELEVADA COMORBILIDAD DE TRASTORNOS EMOCIONALES: APLICACIÓN DEL PROTOCOLO UNIFICADO

TRANSDIAGNOSTIC TREATMENT IN A CLINICAL CASE OF HIGH COMORBIDITY OF EMOTIONAL DISORDERS: APPLICATION OF THE UNIFIED PROTOCOL

M. Teresa Rosique, Bonifacio Sandín,
Rosa M. Valiente, Julia García-Escalera y Paloma Chorot

Resumen

El objetivo del presente estudio fue analizar los efectos del Protocolo Unificado (UP; Barlow et al., 2011) en el tratamiento de una mujer diagnosticada con trastorno depresivo mayor recurrente, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y fobia específica a las agujas. La intervención consistió en nueve sesiones individuales realizadas en un Centro de Salud Mental público de Madrid (España). Los resultados mostraron una reducción significativa pre-/post-tratamiento de los síntomas de ansiedad y depresión, así como mejoras en diversos constructos transdiagnósticos. Estos resultados favorables, que se mantuvieron en los seguimientos a los 3 y 6 meses, apoyan la hipótesis de que el UP tiene efectos positivos en casos de alta comorbilidad abordados en el contexto de la sanidad mental pública.

Palabras clave: transdiagnóstico, Protocolo Unificado, ansiedad, depresión, comorbilidad, estudio de caso.

Abstract

The aim of the present study was to analyze the effects of the Unified Protocol (UP, Barlow et al., 2011) in the treatment of a woman diagnosed with recurrent major depressive disorder, panic disorder, generalized anxiety disorder and specific phobia of needles. The intervention consisted of nine individual sessions that took place at a Public Mental Health Center in Madrid (Spain). The results showed a significant pre- to post-treatment reduction in anxiety and depressive symptoms as well as improvements in various transdiagnostic constructs. These favorable results, that were maintained in the 3- and 6- month follow-up assessments, support the hypothesis that the UP has positive effects in cases of high comorbidity treated in the public mental health context.

Key words: transdiagnostic, Unified Protocol, anxiety, depression, comorbidity, case study.

Recibido: 15-04-18 | Aceptado: 13-07-18

INTRODUCCIÓN

Los trastornos emocionales, referidos únicamente a los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos, son los trastornos más prevalentes entre todos los trastornos mentales. Los estudios epidemiológicos recientes basados tanto en estimaciones de prevalencia vital como de la prevalencia anual, y teniendo en cuenta los diferentes grupos de edad,

sugieren que los trastornos de ansiedad son aproximadamente el doble de frecuentes que los trastornos del estado de ánimo (Beesdo-Bau, y Knappe, 2014). Por ejemplo, de acuerdo con los datos proporcionados por el National Comorbidity Survey (Kessler, Petukhova, Samson, Zaslavsky y Wittchen, 2012), la prevalencia vital de los trastornos de ansiedad (DSM-IV-TR) es del 33.7% en personas adultas y del 32.4% en adolescentes. La depresión (trastorno depresivo mayor) también es un trastorno mental muy frecuente en la población, habiéndose estimado cifras de prevalencia vital del 18.3% en adultos y del 10.6% en adolescentes (Kessler et al.,

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España

E-Mail: rmvalien@psi.uned.es

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXVIII p.p. 79-91

© 2019 Fundación AIGLÉ.

2012). En lo que concierne a los trastornos de ansiedad, los trastornos más prevalentes son las fobias (fobias específicas y fobia social) (el menos prevalente es el trastorno obsesivo-compulsivo). Aparte de estas cifras, es importante tener en cuenta la existencia de muchos casos de niveles de ansiedad y depresión elevados, así como de ataques de pánico, que si bien no cumplen los criterios para un diagnóstico clínico, sin embargo pueden afectar la vida de la persona perturbando significativamente su funcionamiento diario y su calidad de vida (Beesdo-Bau, y Knappe, 2014).

Una cuestión de capital relevancia en el momento actual es la elevada comorbilidad que parece darse entre los trastornos de ansiedad, así como también entre los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos. La mayor parte de los individuos que sufren de algún trastorno de ansiedad suelen padecer también algún otro trastorno de ansiedad y/o algún trastorno depresivo. Por ejemplo, entre los individuos con diagnóstico (anual) de fobia social, aproximadamente un 88% tiene también un diagnóstico de otro trastorno mental referido a los 12 meses previos, y aproximadamente un 60% tiene tres o más condiciones comórbidas (Beesdo-Bau, y Knappe, 2014). En lo que concierne a los trastornos de ansiedad y depresivos, en general cabría afirmar que la elevada comorbilidad es más la norma que la excepción (Sandín, Chorot y Valiente, 2012). Por ejemplo, se ha estimado que entre el 40-80% de los pacientes con algún trastorno de ansiedad también cumple los criterios para otro trastorno de ansiedad durante el mismo periodo de tiempo (McManus, Shafran y Cooper, 2010). En una línea similar, Brown y Barlow (2002) informaron que el 55% de los pacientes con un trastorno emocional (un trastorno de ansiedad o depresivo) como diagnóstico principal, al menos tenía también otro trastorno emocional en ese momento, incrementándose esta tasa hasta el 76% si correspondía a la prevalencia vital. De acuerdo con Brown y Barlow, las tasas de comorbilidad más elevadas se asociaban a un diagnóstico principal de trastorno de estrés posttraumático (TEPT), depresión mayor, distimia, y trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

La comorbilidad ha sido sugerida como una clara amenaza a las clasificaciones y conceptualizaciones categóricas sobre la psicopatología, así como también a la validez de los diagnósticos basados en esta orientación. Hoy día parece clara la insuficiencia del enfoque categorial, al igual que los sistemas de clasificación basados en este enfoque (p.ej., DSM-5; APA, 2013). Aunque esta versión del DSM trató de abordar directamente el problema de la comorbilidad a través de dimensiones psicopatológicas, erró al pretender basarlos biológicamente (marcadores o circuitos cerebrales), manteniendo finalmente el sistema categorial con algunas aportaciones dimensionales muy limitadas y dirigidas

fundamentalmente a la agrupación de algunos trastornos sobre la base de espectros sustentados en criterios de validación externa (véase Sandín, 2013, para un análisis más específico sobre esta cuestión). Como sugieren Sandín et al. (2012), la polémica categorial vs. dimensional tal vez resulte ser algo estéril, ya que la aplicación de los métodos de análisis taxométricos en psicopatología parece sugerir que no todos los conceptos psicopatológicos son dimensionales o categoriales (en realidad, un constructo psicopatológico puede ser dimensional, categorial, o ambas cosas).

Así mismo, la comorbilidad también constituye una amenaza a la eficacia y efectividad de la terapia cognitivo conductual (TCC) enfocada en los trastornos específicos (Barlow, Allen y Choate, 2004; Craske, 2012; McManus et al., 2010; Mineka et al., 1998). La elevada comorbilidad que se da entre los trastornos emocionales constituye un problema importante para los psicólogos clínicos debido a que muchos pacientes presentan más de un trastorno, y porque los protocolos de TCC basada en la evidencia consisten en manuales específicos diseñados para tratar trastornos específicos. Las intervenciones basadas en la evidencia para la ansiedad y la depresión han tenido, tradicionalmente, un enfoque dirigido a trastornos específicos, excluyéndose del tratamiento generalmente a los individuos que experimentan esta comorbilidad común (Mineka et al., 1998). Aunque es cierto que los tratamientos enfocados en trastornos de ansiedad específicos pueden producir cierta reducción de la comorbilidad ansiosa o depresiva, esta reducción no suele ser consistente ni durable en el tiempo (Brown, Antony y Barlow, 1995). De forma similar, se ha indicado que la eficacia de los protocolos TCC para trastornos específicos de ansiedad o depresión en niños y adolescentes es baja cuando se da elevada comorbilidad ansiosa o depresiva (Ehrenreich-May, Bilek, Quenn y Rodríguez, 2012). Otras limitaciones que han sido señaladas a los tratamientos enfocados a trastornos específicos incluyen (1) la excesiva proliferación de tratamientos manualizados para diferentes trastornos (a veces se dan múltiples versiones para un mismo trastorno, con variaciones entre ellas mínimas o triviales), (2) el hecho de que un número considerable de pacientes no responde bien a esta forma de tratamiento, y (3) la difusión de un elevado número de diferentes protocolos puede constituir una barrera, más que un beneficio, para la aplicación de la práctica clínica basada en la evidencia en los servicios de salud mental (Barlow et al., 2004; Chorot, 2018; Craske, 2012; Sandín et al., 2012).

Desde el ámbito de la propia psicología se han llevado a cabo desde antiguo diversos esfuerzos para conceptualizar y clasificar la conducta anormal sobre la base de dimensiones consistentes. Sin embargo, a día de hoy no es mucho lo que se ha conseguido en este sentido, aunque recientemente ha

emergido el enfoque transdiagnóstico como una nueva manera de formalizar los trastornos mentales, la cual no sólo implica a su clasificación, sino también a la etiología y tratamiento de los mismos (Belloch, 2012; Fairburn, Cooper, y Shafran, 2003; García-Escalera, Chorot, Valiente, Reales y Sandín, 2016; Sandín et al., 2012). Bajo este nuevo enfoque se han hecho algunas propuestas de clasificación de la conducta anormal, tales como las llevadas a cabo a través de varios estudios pioneros (p.ej., Brown y Barlow, 2009; Clark y Watson, 1991; Sandín y Chorot, 1999; Taylor, 1998; Watson, Clark y Carey, 1988; Watson, O'Hara y Stuart, 2008), o más recientemente por el consorcio HiTOP (Kotov et al., 2017).

Desde el punto de vista psicopatológico, un proceso transdiagnóstico afecta a varios trastornos y ha sido definido como "un aspecto cognitivo o comportamental que puede contribuir en el mantenimiento de un trastorno psicológico" (Harvey, Watkins, Mansell y Shafran, 2004). En un línea similar, se ha sugerido que el transdiagnóstico consiste en entender los trastornos mentales sobre la base de un conjunto de procesos cognitivos y conductuales etiopatogénicos causales o de mantenimiento de la mayor parte de los trastornos mentales o de grupos de trastornos mentales (Sandín et al., 2012). El transdiagnóstico fue descrito originalmente por Fairburn, Cooper y Shafran (2003) para referirse a los trastornos alimentarios. El aspecto central de estos autores fue sugerir que los trastornos de la conducta alimentaria están mantenidos por procesos psicopatológicos comunes al espectro de los trastornos alimentarios (perfeccionismo clínico, intolerancia emocional, etc.) sugiriendo, igualmente, una TCC común para todos estos trastornos; i.e., una TCC transdiagnóstica (TCC-T).

Harvey et al. (2004) llevaron a cabo una sistematización de los procesos psicológicos básicos que podían conceptualizarse como transdiagnósticos (i.e., que estuvieran implicados etiológicamente en más de un trastorno), y Barlow et al. (2004) lo aplicaron al ámbito de los trastornos emocionales. Estos últimos autores elaboraron un modelo psicopatológico transdiagnóstico de los trastornos emocionales y una propuesta de TCC-T, y posteriormente elaboraron un programa de TCC-T unificado para abordar conjuntamente los trastornos emocionales (Barlow et al., 2011a, 2018). El impacto del transdiagnóstico en la psicología clínica ha sido notorio, y ha afectado a diversos aspectos, incluidos el desarrollo conceptual y aplicaciones de este nuevo enfoque (p.ej., Barlow y Farchione, 2018; Belloch, 2012; Mansell, Harvey, Watkins, y Shafran, 2009; Sandín et al., 2012; Taylor y Clark, 2009), el desarrollo de nuevos protocolos de intervención basados en la TCC-T (p.ej., Barlow et al., 2011a, 2018; Ehrenreich-May, 2012, 2018; Norton, 2012; García-Escalera et al., 2017; Titov, Dear, Johnston y Terides, 2012), y la delimitación

y validación de constructos transdiagnósticos relevantes (p.ej., Aldao, 2012; Egan et al., 2012; Ferrer, Martín-Vivar, Pineda, Sandín y Piqueras, 2018; Pineda, Valiente, Chorot y Sandín, 2018; Sloan et al., 2017).

Uno de los protocolos transdiagnósticos para el tratamiento de la ansiedad y depresión que cuenta con mayor apoyo empírico es el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (UP; Barlow et al., 2011a, 2018). Este protocolo se centra en el tratamiento de diversos procesos transdiagnósticos comunes implicados en el origen y mantenimiento de los procesos emocionales, incluidos el neuroticismo (afecto negativo) y la inadecuada regulación emocional (p.ej., supresión emocional, evitación emocional, rumiación). El UP incluye distintas técnicas empíricamente validadas procedentes de la TCC (p.ej., la psicoeducación, la reestructuración cognitiva o la exposición) así como otras técnicas basadas en estrategias de regulación emocional y técnicas de conciencia emocional (Aldado, 2012; Sloan et al., 2017; véase Barlow et al., 2018).

En los últimos años diversos estudios han puesto de manifiesto la eficacia del UP, tanto en un formato de terapia individual (Barlow et al., 2017a; véase García-Escalera, Chorot, Valiente, Reales y Sandín, 2016) como en un formato de terapia grupal, tanto con muestras de la población española (Osma, Castellano, Crespo y García-Palacios, 2015) como con población hispanoamericana (Grill, Castañeiras y Fasciglione, 2017). No obstante, la investigación todavía es escasa y, hasta donde sabemos aún no se ha publicado ningún estudio que haya examinado los efectos del UP en pacientes con alta comorbilidad psicopatológica (presencia de tres o más trastornos en una misma persona) de distintos trastornos emocionales.

La TCC-T constituye una alternativa razonable a la TCC tradicional ya que, al centrarse en los procesos psicológicos transdiagnósticos que subyacen a grupos de trastornos, posibilita un tratamiento más coherente de los casos de comorbilidad (los trastornos mentales aislados son menos frecuentes). La TCC-T resulta más adecuada para el tratamiento en grupo y para los casos en los que existe comorbilidad, evitando el uso de múltiples protocolos específicos aplicables de forma secuencial (Craske, 2012). Al menos teóricamente, este nuevo enfoque terapéutico debería estar especialmente indicado para el abordaje de casos en los que exista una elevada comorbilidad de trastornos emocionales.

Teniendo en cuenta la alta prevalencia de los trastornos emocionales y los perjuicios que ocasionan en la vida de las personas que los sufren, resulta esencial disponer de estrategias de intervención que puedan dar una respuesta eficiente a la elevada demanda asistencial de la población, especialmente en el caso de sistemas de salud públicos como el espa-

ño, que cuentan con un número reducido de psicólogos. La finalidad del presente trabajo fue examinar los efectos de una versión reducida del UP aplicada a un caso complejo con elevada comorbilidad de trastornos de ansiedad y depresión en un centro de salud mental público español. Se esperaba obtener una mejoría en los diversos trastornos emocionales que presentaba la paciente, así como en los constructos transdiagnósticos estudiados (i.e., afecto positivo y negativo, sensibilidad a la ansiedad y evitación interoceptiva). Además, se esperaba que dicha mejora se mantuviera en los seguimientos a los tres y seis meses.

MÉTODO

Motivo de consulta

El estudio se llevó a cabo con una mujer de 41 años que acudió en 2014 a un centro de salud mental público de la ciudad de Madrid (España) derivada por su médico de atención primaria tras detectar “ánimo bajo, ansiedad, abandono de actividades y dificultades en la búsqueda de empleo”. Cabe mencionar que, en España, la derivación a los centros de salud mental puede ser realizada por el servicio de urgencias, de interconsulta, de hospitalización breve o por el médico de atención primaria, y que el servicio de salud mental es gratuito para los ciudadanos.

Historia del problema y formulación del caso

La paciente estaba casada, no tenía hijos, y se encontraba desde hace ocho meses en situación de desempleo tras el cierre de un negocio que regía junto a su marido debido a las pérdidas económicas asociadas a dicho negocio (nos referiremos a la paciente con la inicial ficticia S). La paciente describió el cese de la empresa y la actual situación de desempleo como el principal desencadenante de su malestar. A partir de ese momento, comenzó a presentar sentimientos de desesperanza, impotencia, sensación de fracaso, culpa, vergüenza, apatía, anhedonia y abulia. Poco después del comienzo de los síntomas, S empezó a evitar el asistir a reuniones familiares y a eventos sociales para no tener que hablar sobre la nueva situación y por la propia apatía que sentía. Además, la paciente presentaba un estilo de atribución negativo, caracterizado por una tendencia a asociar los resultados negativos a causas internas, estables y globales, así como un estilo de afrontamiento evitativo.

Debido al malestar que experimentaba, S acudió a su médico de atención primaria, el cual no le prescribió tratamiento farmacológico y solicitó la derivación de la paciente a un centro de salud mental. Hace diez años, S fue diagnosticada de trastorno depresivo mayor a raíz de una situación laboral adversa y recibió tratamiento con antide-

presivos (inhibidores selectivos de recaptación de serotonina) prescrito por su médico de atención primaria. A lo largo de los siguientes tres meses mejoró progresivamente, según refiere gracias al tratamiento farmacológico, al abandono de su puesto de trabajo previo y al comienzo del proyecto laboral que mantuvo con su marido hasta que recientemente cerró el negocio.

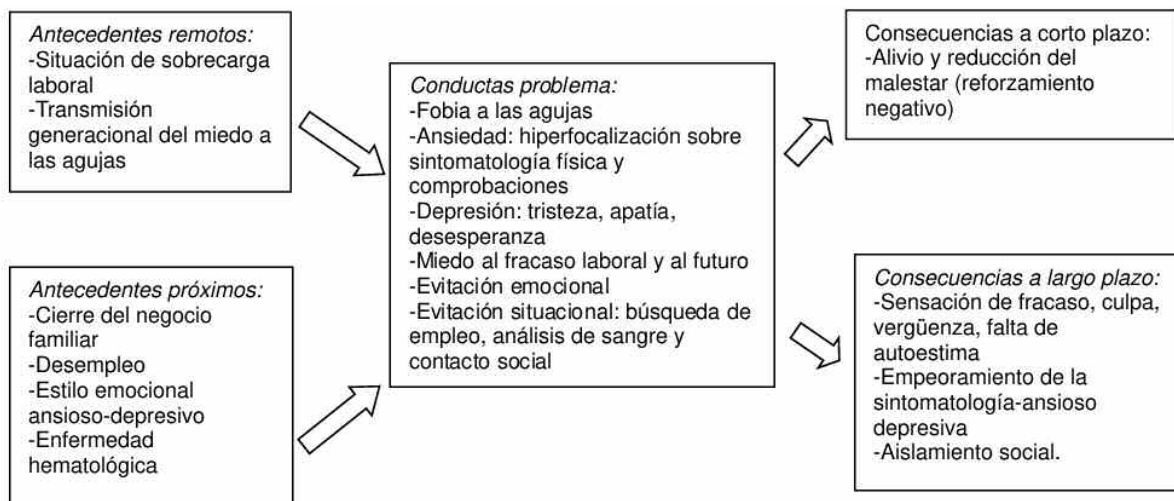
En cuanto al episodio actual, otro posible factor precipitante del mismo, además del cierre del negocio familiar, pudo ser el diagnóstico reciente de una enfermedad hematológica que requería de análisis de sangre mensuales. S decía sentirse incapaz de someterse a dichos análisis y desde la infancia los evitaba sistemáticamente por haberle transmitido su madre un miedo a las agujas que, a su vez, también padecía desde la infancia. En cuanto a los factores protectores identificados, cabe decir que S disponía de buen apoyo familiar y social, y describía su relación de pareja como satisfactoria.

Tras la sesión de evaluación inicial se concluyó que la paciente presentaba un cuadro clínico complejo de comorbilidad psicopatológica. Fue diagnosticada de los siguientes trastornos: trastorno depresivo mayor recurrente, trastorno de pánico, fobia específica a las agujas, y trastorno de ansiedad generalizada. Los diagnósticos fueron realizados por el primer autor (MTR) utilizando la entrevista clínica MINI (Sheehan et al., 1998). Todos los diagnósticos fueron confirmados por el resto de autores (100% de acuerdo). Los diagnósticos se establecieron de acuerdo con los criterios del DSM-5 (APA, 2013).

En la exploración psicopatológica se constató un estado de ánimo depresivo, labilidad emocional, disminución del interés por casi todas las actividades que realizaba previamente (especialmente las reuniones familiares), fatiga, tendencia al aislamiento, sentimientos de inutilidad asociados con la creencia de que era la culpable del cierre del negocio familiar, y disminución de la capacidad para tomar decisiones, especialmente en el área laboral.

En cuanto a los síntomas de ansiedad, la paciente describió ataques de pánico inesperados y recurrentes con múltiples síntomas fisiológicos (palpitaciones, sudoración, temblor, sensación de ahogo, malestar abdominal, inestabilidad, escalofríos, etc.), miedo y preocupación por perder el control durante las crisis, evitación de situaciones que consideraba podían desencadenar ansiedad (p.ej., las reuniones sociales), y una elevada ansiedad y preocupación por diversos asuntos como, por ejemplo, su situación actual económica y laboral y el futuro. Así mismo, durante los últimos ocho meses los síntomas cursaron con sensación de inquietud e irritabilidad, interferían en su vida de manera significativa y le producían de manera progresiva un mayor aislamiento y evitación de las tareas diarias. En la Figura 1 se describe el análisis funcional del caso.

Figura 1. Análisis funcional del caso



Procedimiento de evaluación e instrumentos empleados

El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (Madrid, España) y la participante firmó el consentimiento informado. Una semana antes y una semana después de la intervención, se realizó una sesión de evaluación de unos 60 minutos de duración en la que se evaluó la sintomatología a través de la entrevista clínica; además, la paciente completó en ambas sesiones (pre- y post-tratamiento) los siguientes cuestionarios de autoinforme: PANAS, EEI, ASI-3, CD, EA, PDSS y PSWQ-11. Así mismo, en las sesiones de seguimiento a los tres y seis meses, las cuales tuvieron una duración de unos 30 minutos, la paciente repitió los cuestionarios CD, EA y ASI-3. A continuación se describen los instrumentos de evaluación empleados.

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI; Sheehan et al., 1998; versión española de Ferrando, Bobes, Gibert, Soto y Soto, 2000). La MINI es una entrevista clínica breve y estructurada para el diagnóstico de trastornos mentales (Eje I del DSM-IV). Se ha informado que posee adecuada fiabilidad entre jueces, con coeficientes kappa de Cohen por encima de .65 (Sheehan et al., 1998).

Escalas Panas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Sandín et al., 1999). Las escalas PANAS de afecto positivo (10 ítems) y negativo (10 ítems) miden la intensidad de la emoción experimentada en una escala entre 1 (“nada o casi nada”) y 5 (“muchísimo”) y han mostrado índices elevados de validez de constructo y consistencia interna (Sandín et al., 1999).

Escala de Evitación Interoceptiva (EEI; Sandín, 2005). El EEI es un cuestionario de 19 ítems que evalúa en una escala del 0 (“nunca lo evito”) a 4 (“siempre lo evito”) la evitación de actividades, sustancias o situaciones que provocan sensaciones somáticas

similares a los síntomas de pánico o hiperventilación. Además, incluye un ítem que evalúa el grado de interferencia de la evitación de situaciones en una escala entre 0 (“nada”) y 4 (“muchísimo”). La escala ha mostrado tener unas adecuadas propiedades psicométricas (Sandín, 2005).

Escala de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI-3; Taylor et al., 2007). Es un instrumento de autoinforme de 18 ítems que evalúa la sensibilidad o miedo a las sensaciones de ansiedad, a través de una escala de estimación que varía entre 0 (“nada en absoluto”) y 4 (“muchísimo”). Permite obtener un puntuación total de sensibilidad a la ansiedad, y puntuaciones separadas para las dimensiones física, cognitiva y social. El cuestionario ha mostrado unas excelentes propiedades psicométricas, tanto en lo que concierne a su estructura como a la fiabilidad y validez (Sandín, Valiente, Chorot y Santed, 2007).

Cuestionario de Depresión (CD; Sandín, Valiente y Chorot, 2008). Se trata de un cuestionario breve (16 ítems) que evalúa la sintomatología depresiva (adaptada a los síntomas criterios del DSM-5; APA, 2013) referida a las últimas semanas, con una escala de frecuencia que varía entre 0 (“nunca o casi nunca”) y 4 (“muchas veces o casi siempre”). Cuenta con una elevada estabilidad temporal (correlaciones test-retest entre .70 y .74) y es estructuralmente consistente, válida y fiable (Valiente, Chorot, García-Escalera, Pineda y Sandín, 2017).

Escala de Ansiedad (EA; Sandín, Chorot y Valiente, 2013). La EA es un instrumento breve de autoinforme diseñado para obtener una evaluación de la ansiedad no contaminada por ítems de depresión u otros constructos emocionales. Consta de 10 ítems basados en los distintos componentes de la ansiedad: cognitivos, fisiológicos y afectivos. La escala de respuesta varía entre 0 (“nunca o casi nunca”) y 4 (“muchas veces o casi siempre”). Su consistencia interna es elevada (alfa .94), así como la estabilidad

temporal (correlación test-retest = .70), la validez convergente y la discriminante (Sandín, Chorot, Pineda, García-Escalera y Valiente, 2017).

Panic Disorder Severity Scale (PDSS-SR; Houck et al., 2002). Es una escala de autoinforme diseñada para evaluar la gravedad del trastorno de pánico. Consiste en 7 ítems estimados según una escala ordinal de gravedad de 0 a 4 (las descripciones varían según los ítems, aunque en general se refieren al grado de afectación). En el presente estudio hemos utilizado la versión abreviada por Sandín (2010; la abreviación se refiere a la descripción de cada ítem, no al número de ítems). Estos se refieren a aspectos relacionados con la frecuencia de los ataques de pánico, el malestar asociado, la preocupación por un nuevo ataque de pánico, la evitación exteroceptiva e interoceptiva, y la interferencia laboral, familiar y social. Sus índices de validez y consistencia interna son adecuados (Sánchez-Arribas, Chorot, Valiente y Sandín, 2015).

Cuestionario de Preocupación Abreviado (PSWQ-11; Sandín, Chorot, Valiente y Lostao, 2009). El PSWQ-11 mide la preocupación ansiosa a través de 11 ítems; utiliza una escala de frecuencia de 5 puntos que varía entre 1 (“no es en absoluto típico en mí”) y 5 (“es muy típico en mí”). Ha mostrado poseer una excelente consistencia interna, fiabilidad test-retest, y validez convergente y discriminante (Sandín et al., 2009).

INTERVENCIÓN

La intervención se realizó en un centro de salud mental de la ciudad de Madrid (España) y consistió en la aplicación en formato individual del UP (Barlow et al., 2011a, 2011b). El UP consta de 8 módulos que se refieren a los siguientes aspectos: motivación y compromiso con el tratamiento (Módulo 1), entender, reconocer, y rastrear las respuestas emocionales (Módulo 2), conciencia emocional (Módulo 3), valoración y revaloración cognitiva (Módulo 5), evitación emocional y conductas impulsadas por emociones (Módulo 5), conciencia y tolerancia de las sensaciones físicas (Módulo 6), exposición interoceptiva y situacional (Módulo 7), y mantenimiento y prevención de recaídas (Módulo 8).

Los autores del UP sugieren que los módulos 1, 6 y 8 tengan una duración de 1 sesión, los módulos 2, 3, 4 y 5 de 1 o dos sesiones, y el módulo 7 de 4 a 6 sesiones (Barlow et al., 2011a). Sin embargo, debido a la elevada demanda asistencial de los servicios públicos de salud mental madrileños, optamos por dedicar una sesión a cada módulo del protocolo original, excepto para el módulo 7 (exposición situacional) que dedicamos 2 sesiones a la vista de los elevados niveles de evitación que mantenía la paciente. En total, la intervención constó de 9 sesiones de 45 minutos de duración, aplicadas semanal-

mente; se extendió durante un total de dos meses y una semana, sin incluir las sesiones de evaluación. El tratamiento fue realizado por el primer autor (MTR), el cual es una psicóloga especialista en psicología clínica con formación reglada de dos años en TCC y experiencia clínica en diagnóstico y tratamiento de casi una década, la cual había realizado de forma previa a este estudio supervisiones mensuales a lo largo de un año en la aplicación de las distintas técnicas que integran el protocolo UP. El tratamiento fue supervisado por los autores BS, PC y RMV; los tres son psicólogos especialistas en psicología clínica y poseen amplia experiencia en la aplicación de TCC a casos de trastornos emocionales, y poseen formación y entrenamiento en el protocolo UP, así como también en los protocolos UP-A y UP-C de Ehrenreich-May et al. (2012, 2018).

En el tratamiento se siguieron ambos manuales del UP, i.e., el manual del terapeuta (Barlow et al., 2011a) y el manual de trabajo (Barlow et al., 2011b). No se entregó a la paciente ningún manual, aunque sí se utilizaron con ella las hojas de registro del manual de trabajo para la realización de las diferentes tareas asociadas al tratamiento. Estas hojas fueron traducidas al español por los autores del presente estudio, los cuales poseen amplia experiencia en la traducción y adaptación de instrumentos de evaluación del inglés al español. La mayor parte de las actividades del libro de trabajo se realizaron durante las sesiones clínicas, aunque en todo momento se insistió en la importancia de practicar las técnicas aprendidas entre las sesiones. Las actividades del manual de trabajo correspondientes a las sesiones 3, 7 y 8 se mandaron como tareas para casa debido a la imposibilidad de realizarlas durante la sesión.

El objetivo terapéutico principal fue lograr una reducción significativa de la sintomatología ansiosa y depresiva, así como cambios en la conducta de la paciente, especialmente en lo relacionado con la superación de las conductas de evitación emocional, que en su caso eran conductas de evitación relacionadas con la realización de extracciones de sangre, la búsqueda de empleo y la asistencia a reuniones familiares y sociales. Además, también esperábamos que hubiera una reducción en los factores transdiagnósticos de sensibilidad a la ansiedad, afecto negativo y evitación interoceptiva, así como un incremento del afecto positivo.

Los contenidos de las 9 sesiones de las que constó la terapia se establecieron siguiendo las indicaciones del protocolo, adaptando los ejercicios y actividades al caso concreto. A continuación, resumimos cómo se desarrolló cada una de las sesiones.

Sesión 1: Mejorar la motivación para un compromiso con el tratamiento. Durante la primera sesión se pidió a S que practicara el ejercicio del “balance decisional” para potenciar su motivación, compromiso y habilidad para conseguir el cambio. Conside-

ramos que este ejercicio pudo ser especialmente beneficioso para S ya que en la fase de evaluación manifestó que le iba a resultar difícil la adherencia al tratamiento debido a su bajo ánimo. La paciente expresó diversos costes asociados a no cambiar su situación como, por ejemplo, seguir con un elevado malestar, evitar los análisis de sangre, o aislarse al no realizar actividades sociales. En cuanto a los beneficios relacionados con los cambios, mencionó el comienzo de la búsqueda de empleo, una mejora en el cuidado de su salud y en los síntomas de ansiedad y depresión, así como el no tener que dar explicaciones sobre su situación laboral adversa ni sobre su estado anímico. Por último, también expresó que el cambio podía ir ligado a desventajas como tener que enfrentarse a la posibilidad de no encontrar trabajo de manera inmediata. Tras analizar el balance, explicó mayor deseo y necesidad de cambio, y se comprometió a asistir a todas las sesiones. En el ejercicio de “articulación de metas” se planteó trabajar el miedo a las agujas, retomar el contacto social e iniciar la búsqueda laboral.

Sesión 2: Psicoeducación para entender las emociones y reconocimiento, análisis y autorregistro de las experiencias emocionales. La segunda sesión comenzó con una psicoeducación en profundidad sobre las emociones de alegría, tristeza, sorpresa, miedo, asco y ansiedad y se hizo hincapié en su función adaptativa. Además, se explicó el modelo A-B-C de las emociones, según el cual resulta fundamental atender a los antecedentes y consecuentes de las emociones. Al completar el registro de los “tres componentes de las emociones” y el “análisis contextual de las emociones y conductas impulsadas por las emociones”, se observó que en el caso de S predominaba una hiperfocalización atencional sobre los componentes físicos de las emociones. Por otro lado, inicialmente la paciente mostró dificultades para encontrar posibles desencadenantes próximos de sus emociones, si bien, a través de varios ejemplos recientes pudo detectar distintos antecedentes como, por ejemplo, leer noticias sobre las tasas de desempleo en España o recibir en su teléfono móvil avisos para que se realizara los exámenes de sangre. El análisis de las conductas impulsadas por las emociones le resultó menos complejo. Identificó que éstas eran principalmente de tipo evitativo como, por ejemplo, conductas de aislamiento social en relación con la depresión, evitar los análisis de sangre en relación con la fobia a las agujas, evitar eventos sociales para tratar de controlar los ataques de pánico, o llamar a su marido cuando éste no estaba en casa para ver si se encontraba bien como fruto de la ansiedad.

Sesión 3: Entrenamiento en conciencia emocional: Aprendiendo a observar las emociones y las reacciones a las emociones. En la tercera sesión se trabajó la distinción entre emoción primaria (res-

puesta adaptativa a una determinada situación) y secundaria (reacción subjetiva, juicios e interpretaciones de la emoción primaria), y se discutieron las reacciones de S a las emociones primarias que predominaban en su caso (tristeza, miedo y ansiedad). En concreto, la tristeza se relacionaba en su caso con el cierre del negocio familiar, la interpretación negativa que mantenía sobre su autoeficacia a través de pensamientos tales como “soy una inútil, una incompetente”, y el aislamiento que mantenía desde hace meses a nivel social. El miedo a las agujas, por su parte, fue conceptualizado como una respuesta desproporcionada a la aguja como un estímulo amenazante que provocaba la evitación de los análisis de sangre. Por último, en el caso de S la ansiedad surgía por la evaluación negativa que hacía de sus propios recursos, describiéndose incapaz de enfrentarse a la situación laboral y social. Durante esta sesión, S llegó a la conclusión de que las emociones secundarias retroalimentaban sus síntomas de ansiedad y depresión.

Por otro lado, esta sesión se repitió para lograr una mayor interiorización y hábito de los ejercicios sobre conciencia emocional sin juzgar. No obstante, S disponía de conocimientos previos en meditación, por lo que no presentó dificultades en su ejecución. Completó los registros de “conciencia emocional sin juzgar centrada en el presente” y de “anclaje en el presente”; para este último seleccionó la respiración y el sonido de los pájaros como elementos de anclaje. Durante las primeras sesiones la terapeuta había observado que la paciente mantenía diversos juicios de valor sobre su comportamiento y sobre cómo consideraba que debía comportarse y en esta sesión, S pudo identificar que se calificaba constantemente con atributos negativos (“soy culpable por estar apática y soy una vaga”, “soy incapaz de controlar nada en tu vida, no sirvo para nada”). Al practicar el permanecer en el presente, en el aquí y el ahora, S refirió sentirse menos abrumada por la incertidumbre futura y percibirse capaz de poderse enfrentar a algunas metas. Como tarea para casa se estableció el registro de “inducción de estados de ánimo a través de la música” en el que se identifican los pensamientos, sentimientos y reacciones que surgían ante distintas melodías.

Sesión 4: Reestructuración cognitiva: Valoración cognitiva y revaloración. Los primeros minutos de la sesión se dedicaron a comentar el ejercicio de “inducción de estados de ánimo a través de la música” que se estableció como tarea para realizar entre sesiones. S comentó que no había tenido dificultades durante su ejecución y que había conseguido permanecer centrada en el presente sin juzgarlo. Este buen resultado realizando la tarea pudo verse promovido por los conocimientos previos en meditación de la paciente.

En esta sesión se expuso la relación recíproca entre pensamientos y emociones y se introdujo el

proceso de valoración cognitiva. A través del ejercicio de la imagen ambigua y del registro “observando tus interpretaciones” se ensayó la flexibilidad cognitiva. La paciente tomó conciencia de las trampas de pensamiento en las que incurría al sobreestimar la probabilidad de determinadas consecuencias adversas, que se reflejaban en afirmaciones como “no me van a volver a contratar”, “algo malo le pasará a mis seres queridos”, “si me hago un análisis de sangre sufriré un ataque de pánico, no voy a poder soportarlo”, así como al ponerse en lo peor: “me quedará sola y sin amigos”, “nunca más trabajaré”, “todo lo malo me sucede a mí”. Asimismo, se buscaron interpretaciones alternativas más flexibles que generaran un mayor bienestar y fomentaran la reevaluación cognitiva y la flexibilidad del pensamiento. A través del ejercicio de la “flecha descendente” la paciente indicó que su mayor preocupación era quedarse sola y sin trabajo.

Sesión 5: Evitación emocional y conductas impulsadas por la emoción. Se identificaron los patrones de evitación emocional para comprender cómo influían en el desarrollo y mantenimiento de las emociones desagradables sin permitir la habituación. Se analizaron en el caso de S las conductas sutiles de evitación para no enfrentarse a las emociones (p.ej., evitar tomar café y bebidas estimulantes, salir a pasear, leer el periódico), así como las señales de seguridad (p.ej., tener el móvil y una botella de agua siempre cerca). Se explicó el proceso a través del cual las conductas impulsadas por emociones: a corto plazo producen un alivio inmediato al reducir la exposición a la emoción, pero, a largo plazo, mantienen el malestar al no permitir el afrontamiento ni el desarrollo de un sentimiento de competencia asociado a dicho enfrentamiento. Seguidamente se explicó la conveniencia de establecer tendencias de actuación alternativas y más adaptativas. S planteó que ciertas conductas como buscar empleo, comentar a sus allegados y amigos el cierre de la empresa, asistir a los análisis de sangre cuando lo indicaban los médicos, y realizar más actividades sociales podrían ser buenas conductas alternativas y positivas en su caso.

Sesión 6: Conciencia emocional, tolerancia de las sensaciones físicas y exposición interoceptiva. Se practicó la exposición gradual y progresiva a determinadas emociones mientras se incorporaban las habilidades adquiridas. Se enfatizó el papel de las sensaciones físicas a la hora de determinar la respuesta emocional. Se realizaron los ejercicios incluidos en el manual para provocar sensaciones físicas similares a las que surgen durante una experiencia emocional y se completó el registro de “inducción de síntomas”. La paciente comenzó a enfrentarse progresivamente a la experiencia interoceptiva y a la emocional que previamente evitaba.

Sesiones 7 y 8: Exposición situacional. Las siguientes dos sesiones se dedicaron a la exposición

exteroceptiva o situacional de cara a aproximarse a las situaciones evitadas. La paciente estableció al comienzo de la séptima sesión tres jerarquías de exposición, de menor a mayor dificultad: comenzar el envío del currículum vitae (CV), asistir a reuniones sociales y familiares, y someterse a análisis de sangre. Las tres jerarquías se practicaron paralelamente. En el período entre la séptima y la octava sesión, S actualizó su CV y buscó ofertas de trabajo que coincidieran con su perfil profesional mientras que durante la octava sesión se envió el CV a dichas ofertas de trabajo. En cuanto a la jerarquía relacionada con la asistencia a reuniones sociales, S inicialmente decidió exponerse a situaciones y reuniones familiares, dado que consideraba que sus familiares estaban preocupados y quería comentar con ellos lo que le estaba ocurriendo. Posteriormente, comenzó a exponerse a las reuniones con sus amigos de manera progresiva, comenzando con la realización de llamadas telefónicas a los amigos más íntimos, para después quedar con ellos en persona, primero en grupos reducidos y después en grupos más grandes. Por último, la jerarquía de exposición a las agujas entrañó mayor dificultad debido al elevado y consolidado miedo que experimentaba hacia esta situación, y debido al elevado componente de evitación que conllevaba y que mantenía desde hacía décadas. Se realizó exposición en la imaginación durante las sesiones: séptima y octava, sin que se presentaran dificultades y, una vez superados los ítems de la jerarquía en imaginación, se procedió a la exposición en vivo. Para ello, durante la octava sesión, la enfermera del centro le explicó a S en qué consiste un análisis de sangre y pudo observar y tocar una jeringuilla estéril, primero dentro del envase y posteriormente fuera. Posteriormente, la enfermera realizó dos extracciones de sangre a S en consulta con el objetivo de que se produjera desensibilización a la situación. Las tareas de exposición que realizó la paciente se llevaron a cabo utilizando la hoja de registro de “práctica de exposición emocional”, incluida en el manual de trabajo.

Sesión 9: Mantenimiento de logros y prevención de recaídas. Al comienzo de la novena sesión se revisaron las posibles dificultades surgidas en las tareas de exposición entre las sesiones. S había asistido al cumpleaños de su hermano, había continuado enviando su CV a ofertas de trabajo y se había realizado un análisis de sangre acompañada por su marido. A continuación, se reflexionó sobre la consecución de las metas establecidas en la primera sesión y se repasaron las estrategias aprendidas para afrontar las emociones enfatizando la necesidad de practicar regularmente las siguientes técnicas: conciencia de emociones, evaluación cognitiva, disminución de la evitación emocional, exposición emocional y modificación de las conductas impulsadas por emociones.

RESULTADOS

A lo largo de la intervención la paciente informó de una disminución progresiva del malestar. Así mismo, en la sesión de seguimiento a los 3 meses, S indicó que se había sometido a tres análisis de sangre pautados por su médico y que había retomado las actividades sociales con su familia y amigos, habiendo también reanudado las clases de meditación a las que asistía. Por último, en la sesión de seguimiento a los 6 meses se confirmó la

mejoría de S y se le dio el alta clínica. En esta sesión S comentó que además de las mejorías relacionadas con las actividades sociales y los análisis de sangre, también había acudido a tres entrevistas laborales.

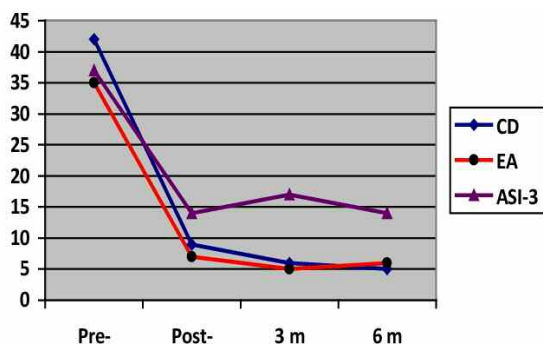
Los resultados en las diferentes pruebas de autoinforme se indican en la Tabla 1. En la Figura 2 presentamos la evolución de las puntuaciones en los tres cuestionarios de autoinforme que se emplearon en todos los momentos de evaluación, incluido el seguimiento.

Tabla 1. Resultados obtenidos por la paciente en las medidas de autoinforme

Medidas	Mínimo y máximo	Pre tratamiento	Post tratamiento	Seguimiento 3 meses	Seguimiento 6 meses
CD	0-64	42	9	6	5
EA	0-40	35	7	5	6
PDSS-SR	0-28	16	4		
PSWQ-11	0-55	45	25		
ASI-3					
Física	0-24	16	6	8	6
Cognitiva	0-24	12	4	4	3
Social	0-24	9	4	5	5
ASI-3-Total	0-72	37	14	17	14
E EI					
Puntuación global	0-72	46	12		
Interferencia	0-4	4	1		
PANAS					
Afecto positivo	0-50	22	42		
Afecto negativo	0-50	42	10		

Nota: CD = Cuestionario de Depresión; EA = Escala de Ansiedad; PDSS-11 = Panic Disorder Severity Scale 11; PSWQ-11 = Cuestionario de preocupación; ASI-3 = Escala de Sensibilidad a la Ansiedad; EEI = Escala de Evitación Interoceptiva; PANAS = Escalas PANAS de afecto positivo y negativo.

Figura 2. Puntuaciones asociadas a las diferentes fases de la intervención.



Nota: EA = Escala de ansiedad; CD = Cuestionario de depresión; ASI-3 = Índice de sensibilidad a la ansiedad; Pre- = Pre-tratamiento; Post- = Post-tratamiento; 3m = Seguimiento a los 3 meses; 6m = Seguimiento a los 6 meses.

Efectos sobre la sintomatología ansiosa y depresiva

Al aplicar la MINI en las sesiones de evaluación post-tratamiento y de seguimiento a los 3 y 6 meses se constató que S ya no cumplía ninguno de los criterios diagnósticos de los trastornos que presentaba al comienzo de la intervención. De la misma forma, las pruebas de autoinforme mostraron una disminución en los síntomas de ansiedad y depresión (véase la Tabla 1). En concreto, entre el pre- y el post- tratamiento las puntuaciones en los cuestionarios CD (depresión) y EA (ansiedad) se redujeron en aproximadamente 30 puntos; esa reducción se mantuvo durante los seguimientos a 3 y 6 meses. Por otro lado, la puntuación en el trastorno de pánico, evaluado a través del PDSS-SR, disminuyó de 16 en el pre- a 4 en el post-tratamiento. De hecho,

desde la cuarta sesión de tratamiento hasta el seguimiento a los seis meses (inclusive) S no experimentó ningún nuevo ataque de pánico. En cuanto a la preocupación, la puntuación total en el PSWQ-11 disminuyó significativamente (de 45 en el pre- a 25 en el post-tratamiento).

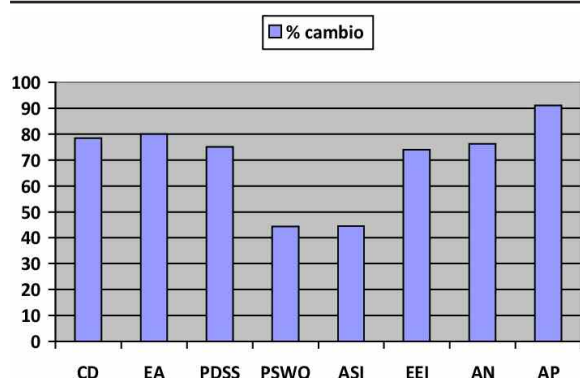
Efectos sobre los constructos transdiagnósticos

Respecto a los resultados pre-/post-tratamiento obtenidos a través del cuestionario PANAS, las puntuaciones en afecto positivo aumentaron en 20 puntos, mejoría que probablemente estuvo asociada al aumento en la activación conductual. Por otra parte, el afecto negativo se redujo en 30 puntos. Asimismo, la sensibilidad a la ansiedad, medida a través del cuestionario ASI-3, disminuyó de 37 en el pre- a 14 en el post-tratamiento, reducción que se mantuvo en términos generales en los seguimientos a 3 (puntuación de 17) y 6 (puntuación de 15) meses. En cuanto a la evitación interoceptiva, medida por el cuestionario EEI, la puntuación total pre-tratamiento (46) casi cuadruplicaba a la post-tratamiento (12), mientras que el grado de interferencia se redujo desde la puntuación máxima del cuestionario (4) en el pre-tratamiento hasta una puntuación de 1. De hecho, al finalizar el tratamiento S realizaba con más frecuencia actividades previamente evitadas como bailar, discutir o tener relaciones sexuales.

Porcentajes de cambio

Los porcentajes de cambio pre-/post-tratamiento descendieron notablemente en aquellas variables que presentaban valores anormalmente altos (p.ej., ansiedad, depresión, sensibilidad a la ansiedad, etc.). De hecho, en la mayoría de estas variables, los porcentajes de cambio fueron superiores al 70%, con valores que oscilaron entre el 44.44% (preocupación ansiosa) y el 80% (ansiedad) (véase la Figura 3).

Figura 3. Porcentaje de cambio pre-/post-tratamiento en la paciente asociado a las variables incluidas en el estudio.



Nota: CD = Cuestionario de Depresión; EA = Escala de Ansiedad; PDSS = Panic Disorder Severity Scale (PDSS-RR); PSWQ = Penn State Worry Questionnaire-11; ASI = Anxiety Sensitivity Index-3; EEI = Escala de Evitación Interoceptiva; AN = PANAS afecto negativo; AP =

PANAS afecto positivo. Para todas las variables (excepto para el afecto positivo que consiste en un incremento) el cambio consiste en un decremento respecto al valor previo al tratamiento.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo se exponen los efectos de la aplicación del UP a un caso clínico que presentaba elevada comorbilidad de trastornos emocionales (la paciente presentaba diagnósticos de trastorno depresivo mayor, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, y fobia específica). En línea con lo esperado, los resultados en el post-tratamiento indicaron una marcada reducción de los síntomas de ansiedad y depresión que permitió que la paciente ya no cumpliera los criterios diagnósticos para ninguno de los trastornos que presentaba en el pre-tratamiento, y que esta mejoría se mantuviera en los seguimientos a los 3 y 6 meses. Además, la paciente mostró reducciones en las diversas variables transdiagnósticas examinadas (afecto negativo y positivo, sensibilidad a la ansiedad, y evitación interoceptiva). En general, la calidad de vida de la paciente mejoró notablemente con el tratamiento; por ejemplo, mejoró en relación con la posibilidad de enfrentarse a la realización de análisis de sangre, o al facilitar sus relaciones interpersonales.

Respecto al posible efecto de las técnicas aplicadas sobre los cambios psicopatológicos, la paciente refirió que la exposición a los síntomas físicos de ansiedad, miedo o tristeza favoreció el cese de la evitación emocional y disminuyó el temor hacia las sensaciones físicas. Por otra parte, aunque los factores externos que generaban las preocupaciones de la paciente se mantuvieron constantes (continuaba en desempleo con ciertas dificultades económicas y se mantenía el diagnóstico hematológico), S planteó que la intervención le ayudó a modificar la valoración que realizaba sobre su situación, especialmente a través de la reevaluación cognitiva, la identificación de las trampas de pensamiento, y la observación sin juzgar de las emociones y las reacciones a sus emociones.

Consideramos que estos efectos positivos del UP en un caso de elevada comorbilidad, además de proporcionar apoyo empírico al protocolo, tienen una gran relevancia clínica si además tenemos en cuenta que el tratamiento tuvo una duración breve (sólo 9 sesiones aplicadas semanalmente, de 45 minutos de duración) y que se aplicó en un contexto estándar de asistencia en la salud mental pública española.

Los resultados obtenidos en este estudio van en la línea de los encontrados en un estudio de caso llevado a cabo por Bentley (2017). En este estudio se aplicó el UP a una mujer que presentaba niveles elevados de comorbilidad psicopatológica (en concreto, autolesiones, trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad generalizada, ánimo sub-depresivo, trastorno de estrés posttraumático y síntomas de trastornos alimentarios). Sin embargo, en este caso, el tratamiento tuvo una duración significativamente más larga (16 sesiones indivi-

duales). De forma similar, Laposa, Mancuso, Abraham y Loli-Dano (2017) aplicaron el UP en una intervención más prolongada que la nuestra, consistente en 14 sesiones de tratamiento en grupo a pacientes con elevada comorbilidad de trastornos de ansiedad.

Los trastornos emocionales precisan de una intervención psicológica efectiva dentro del sistema sanitario público debido a su elevada incidencia y prevalencia, y a su creciente demanda asistencial. Por ello, resulta necesario fomentar el uso de protocolos de TCC-T en este contexto que sean efectivos tanto a nivel nomotético (grupo de pacientes) como ideográfico (paciente concreto). Consideramos que el UP puede ser un protocolo especialmente indicado para ser utilizado en el contexto de la salud mental pública española ya que, aparte de los datos del presente estudio, ha mostrado eficacia preliminar al ser aplicado en este contexto en un formato grupal (Osma et al., 2015), e incluso la versión para adolescentes ha sido aplicada en un formato de prevención universal en nuestro país (García-Escalera et al., 2017). Además, la aplicación de este protocolo podría ser especialmente eficiente ya que los psicólogos clínicos que trabajan en este contexto de salud mental pública podrían formarse en un protocolo que ha mostrado ser eficaz en el tratamiento de un amplio rango de trastornos emocionales (Barlow y Farchione, 2017; Pascual-Vera y Belloch, 2018).

Por último, los resultados obtenidos en el presente estudio deberían ser considerados teniendo en cuenta las limitaciones metodológicas propias de los estudios de caso, especialmente en lo que concierne a su validez interna y externa (concretamente en relación con su replicabilidad y generalización), pues este tipo de estudios no permite el establecimiento de relaciones causales o funcionales. Sin embargo, aunque se trata de un estudio preliminar que requiere mayor apoyo empírico para valorar la eficacia del UP en casos de elevada comorbilidad, los resultados preliminares son positivos y sugieren la utilidad del protocolo UP para tratar casos clínicos complejos de trastornos emocionales, en los que predominen trastornos de ansiedad heterogéneos junto con algún trastorno depresivo. Sería de gran relevancia llevar a cabo nuevos estudios basados en grupos clínicos con diseños controlados, con objeto de poder examinar los efectos del UP en pacientes de elevada comorbilidad, así como también el papel funcional que pudieran desempeñar de los diferentes procesos y factores transdiagnósticos implicados en la etiología de grupos heterogéneos de trastornos de ansiedad y depresivos.

REFERENCIAS

- Aldao, A. (2012). Emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: a closer look at the invariance of their form and function. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 261-277. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012>.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4).
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C., Farchione, T. J., Boisseau, C., Allen, L., & Ehrenreich-May, J. (2011a). *Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Workbook*. Nueva York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C., Ellard, K. K., Boisseau, C., Allen, L., & Ehrenreich-May, J. (2011a). *Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Nueva York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., ... & Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders. A randomized clinical trial. *Jama Psychiatry*, 74(9), 875-884. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.2164.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., ... & Cassiello-Robbins, C. (2018). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. Nueva York: Oxford University Press.
- Beesdo-Bau, K., & Knappe, S. (2014). Epidemiology and natural course. En P. Emmelkamp & T. Ehring (Eds.), *The Wiley handbook of anxiety disorders. Volume I: Theory & Research* (pp. 26-46). Chichester: Wiley.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 295-311. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11845>.
- Bentley, K. H. (2017). Applying the unified protocol transdiagnostic treatment to nonsuicidal self-injury and co-occurring emotional disorders: A case illustration. *Journal of Clinical Psychology* 73(5), 547-558. <https://doi.org/10.1002/jclp.22452>.
- Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 408.
- Brown T., & Barlow, D. (2002). Classification of anxiety and mood disorders. En D. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 292-327). Nueva York: Guilford Press.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256-271. <http://doi.org/10.1037/a0016608>.
- Chorot, P. (2018). *Cátedra de psicopatología: Proyecto docente e investigador*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- 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.
- Craske, M. G. (2012). Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. *Depression and Anxiety*, 29(9), 749-753. <https://doi.org/10.1002/da.21992>.
- Egan, S., Wade, T., & Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 279-294. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11844>.
- Ehrenreich-May, J., Bilek, E. L., Quenn, A. H., & Rodríguez, J. H.

- (2012). A unified protocol for the group treatment of childhood anxiety and depression. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 219-236. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11841>.
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bilek, E. L., Buzella, B. A., Bennett, S. M., & Barlow, D. H. (2018). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children and adolescents. Therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., & Soto, O. (2000). *MINI. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional*. Versión en español 5.o.o. DSM-IV. Recuperada de: <http://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=MINI.pdf>.
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., & Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depressions in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 147-175. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17811>.
- García-Escalera, J., Valiente, R. M., Chorot, P., Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., & Sandín, B. (2017). The Spanish version of the Unified Protocol for *Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (UP-A)* adapted as a school-based anxiety and depression prevention program: Study protocol of a cluster randomized controlled trial. *JMIR Research Protocol*. doi:10.2196/resprot.7934.
- Grill, S. S., Castañeiras, C. y Fasciglione, M. P. (2017). Aplicación grupal del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en población argentina. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(3), 171-181. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18122>.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*, Oxford: Oxford University Press.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Samson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, 21(3), 169-184. <https://doi.org/10.1002/mpr.1359>.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... & Zimmerman, M. (2017). The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*. <http://dx.doi.org/10.1037/abn0000258>.
- Laposa, J. M., Mancuso, E., Abraham, G., & Loli-Dano, L. (2017). Unified protocol transdiagnostic treatment in group format. A preliminary investigation with anxious individuals. *Behavior Modification*, 41(2), 253-268. doi: 0.1177/0145445516667664.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6-19. <http://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6>.
- McManus, F., Shafran, R., & Cooper, Z. (2010). What does a transdiagnostic approach have to offer the treatment of anxiety disorders? *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 491-505. <https://doi.org/10.1348/014466509X476567>.
- Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49(1), 377-412. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.49.1.377>.
- Norton, P. J. (2012). Transdiagnostic group CBT for anxiety disorder: Efficacy, acceptability, and beyond. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 205-217. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012>
- Osma, J., Castellano, C., Crespo, E., & García-Palacios, A. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in a Spanish public mental health setting. *Psicología Conductual*, 23(3), 447-466.
- Pascual-Vera, B. y Belloch, A. (2018). El carácter transdiagnóstico de las intrusiones mentales: Una revisión y una propuesta basada en datos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(2). (Artículo en prensa).
- Pineda, D., Valiente, R. M., Chorot, P. y Sandín, B. (2018). Invarianza factorial y temporal de una versión española del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(2). (Artículo en prensa).
- Sánchez-Arribas, C., Chorot, P., Valiente, R. M. y Sandín, B. (2015). Evaluación de factores cognitivos positivos y negativos relacionados con el trastorno de pánico: Validación del CATP. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(2), 85-100. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.20.num.2.2015.15164>.
- Sandín, B. (2005). Evitación interoceptiva: Nuevo constructo en el campo de los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(2), 103-114. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.10.num.2.2005.3993>.
- Sandín, B. (2010). *Trastornos de pánico*. Madrid: UNED.
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 255-286. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.3.2013.12925>
- Sandín, B. y Chorot, P. (1999). Etiología de las fobias. En B. Sandín (Ed.), *Las fobias específicas* (pp. 69-87). Madrid: Klinik.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A. y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Sandín, B., Chorot, P., Pineda, D., García-Escalera, J. y Valiente, R. M. (2017, octubre). *Escala de Ansiedad (EA): Prueba breve no contaminada para la evaluación del nivel de ansiedad*. Póster presentado en X Congreso de la Asociación Española de Psicopatología y Psicología Clínica, Albacete, España.
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>.
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. M. (2013). *Escala de Ansiedad (EA)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (no publicado).
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Lostao, L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: Estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 107-122. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.14.num.2.2009.4070>.
- Sandín, B., Valiente, R. M. y Chorot, P. (2008). *Instrumentos para la evaluación del estrés psicosocial*. En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas* (pp. 267-346). Madrid: Klinik.
- Sandín, B., Valiente, R., Chorot, P. y Santed, M. A. (2007). ASI-3: Nueva escala para la evaluación de la sensibilidad a la ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 91-104. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.2.2007.4036>.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development

- and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 57, 141-163. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>
- Taylor, S. (1998). The hierarchic structure of fears. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 205-214. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00012-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00012-6).
- Taylor, S., & Clark, D. A. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral treatments for mood and anxiety disorders: Introduction to the special issue. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 3-5. doi:10.1891/0889-8391.23.1.3.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., ... & Coles, M. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19(2), 176-188. doi: 10.1037/1040-3590.19.2.176.
- Titov, N., Dear, B. F., Johnston, L., & Terides, M. (2012). Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 237-260. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012>
- Valiente, R. M., Chorot, P., García-Escalera, J., Pineda, D. y Sandín, B. (2017, octubre). *Estructura factorial y propiedades psicométricas de una prueba breve para la evaluación de la depresión*. Póster presentado en X Congreso de la Asociación Española de Psicopatología y Psicología Clínica, Albacete, España.
- Watson, D., Clark, L. E., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 346-353. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.97.3.346>.
- Watson, D., O'Hara, M. W., & Stuart, S (2008). Hierarchical structures of affect and psychopathology and their implications for the classification of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 25(4), 282-288. <https://doi.org/10.1002/da.20496>.