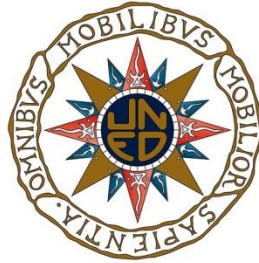


UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

Facultad de Psicología

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos



TESIS DOCTORAL

Programa de Doctorado en Psicología de la Salud

**VALIDACIÓN ESPAÑOLA DEL PROTOCOLO UNIFICADO COMO
TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO EN GRUPO DE LOS
TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIVOS: ENSAYOS
CLÍNICOS EN UNIDADES ESPECIALIZADAS DE SALUD MENTAL**

**A SPANISH VALIDATION OF THE UNIFIED PROTOCOL AS A
TRANSDIAGNOSTIC GROUP TREATMENT FOR ANXIETY AND DEPRESSIVE
DISORDERS: CLINICAL TRIALS IN SPECIALIZED MENTAL HEALTH CARE**

María Teresa Rosique Sanz
Licenciada en Psicología

Director de la Tesis:

Dr. D. Bonifacio Sandín Ferrero
Catedrático de Psicopatología de la UNED

Codirectoras de la Tesis:

Dra. D^a. Paloma Chorot Raso
Catedrática de Psicopatología de la UNED
Dra. D^a. Rosa María Valiente García
Profesora Titular de Psicopatología de la UNED

Madrid, julio de 2018

A mi yaya, que siempre has sido un ejemplo, y que viste los comienzos y me habría encantado que pudieras haber continuado con nosotros.

Te quiero.

Agradecimientos:

La presente tesis doctoral ha sido dirigida por el Dr. D. Bonifacio Sandín y codirigida por la Dra. Dña. Paloma Chorot y la Dra. Dña. Rosa María Valiente, quienes han supervisado continuamente este trabajo y me han adentrado en el campo de la investigación.

Al profesor Sandín, que a raíz de oírle en una conferencia sobre transdiagnóstico, me contagió de tal forma su pasión por el tema que ha terminado en la culminación de este inicial proyecto y me ha brindado una oportunidad inigualable de aprender y formarme. A su vez pacientemente, como buen maestro, ha sabido transmitirme e inculcarme la rigurosidad en la investigación clínica.

A la profesora Chorot, que a pesar de las circunstancias difíciles que le han devenido durante estos años, en todo momento me alentó, orientó, enseñó y me facilitó el seguir adelante y se ha esforzado por ayudarme hasta el final.

A la profesora Valiente por formar parte de un equipo que es mucho más que la suma de cada uno de sus integrantes.

A mis compañeros de Centro de Salud Mental que han permitido y colaborado para que este proyecto fuera una realidad aportando su granito de arena. Muy especialmente a Alfonso García, Cristina Fernández, Cristina Polo, Mamen González, Marisa Alfaya, Marisa López (esta tesis también es tuya) y Paquita Murillo.

A mis colegas de la UDIMA por sus sugerencias y consejos.

A mi madre que me enseñó a querer y a respetar la Psicología, procurando siempre que lo difícil fuera un poco más sencillo.

A mi padre y a Fran, mi hermano, que no han dejado de escucharme y animarme.

A mi familia y a mis amigos por estar siempre ahí durante esta larga travesía.

A Javier Menéndez, Emilio Ambrosio y María del Prado Rivero por ayudarme en todo aquello que estaba en sus manos.

A los pacientes del estudio, los auténticos protagonistas, que con su sufrimiento inicial y posterior mejoría, nos han permitido dar los pasos para ayudar a aliviar el dolor de otros pacientes.

Mi más sincero agradecimiento a todos

Índice

Listado de tablas

Listado de figuras

Listado de abreviaturas

RESUMEN	13
PARTE TEÓRICA	15
1. Consideraciones sobre los trastornos de ansiedad y depresivos	17
1.1. Prevalencia	18
1.2. Comorbilidad	20
2. La terapia cognitivo-conductual aplicada de forma específica a los trastornos de ansiedad depresivos	23
2.1. Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad y depresivos ...	25
2.2. El enfoque categorial y la terapia cognitivo-conductual	27
3. El enfoque transdiagnóstico	29
3.1. El enfoque transdiagnóstico en los trastornos emocionales	31
3.2. Principales constructos transdiagnósticos relacionados con los trastornos emocionales ...	32
4. El Protocolo Unificado (Unified Protocol, UP) para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales	34
4.1. Eficacia del Protocolo Unificado aplicado a los trastornos emocionales	38
5. Eficacia de otros protocolos de terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica para el tratamiento de los trastornos emocionales	41
6. La terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica aplicada a los trastornos emocionales basada en otros protocolos: Comentario	42
PARTE EMPÍRICA	45
Planteamiento general del problema	47
1. Estudio 1: Eficacia del Protocolo Unificado (UP) aplicado en formato de grupo en una muestra clínica de pacientes con elevada comorbilidad de trastornos emocionales (trastornos de ansiedad y depresivos) en el contexto de la salud pública española. Estudio no controlado con seguimientoLa terapia cognitivo-conductual aplicada de forma específica a los trastornos de ansiedad depresivos	51
1.1. Objetivos e hipótesis	51
1.2. Método	53
1.2.1. Diseño	53
1.2.2. Participantes	54
1.2.3. Instrumentos de evaluación	57
Escala clínica de estimación	58
Escala de autoinforme	59
Cuestionarios de autoinforme clínicos	59
Escala de autoinforme sobre constructos transdiagnósticos	61
Medidas de satisfacción con la intervención	62
1.2.4. Procedimiento y resumen del tratamiento	62

1.2.5. Análisis estadístico de los datos.....	67
1.3. Resultados.....	67
1.3.1. Efecto del tratamiento: Diferencias pre/postratamiento	67
Cambios en las variables primarias: Síntomas generales de ansiedad y depresión ..	68
Cambios en las variables secundarias: Síntomas específicos de ansiedad y	
depresión	70
Cambios en las variables transdiagnósticas.....	74
Cambios en las variables de estimación clínica.....	76
1.3.2. Seguimiento a los tres y seis meses	81
1.3.3. Satisfacción con el tratamiento, percepción de mejoría, dificultades y sugerencias	
de mejora	88
1.4. Discusión	90
2. Estudio 2: Eficacia del Protocolo Unificado (UP) aplicado en formato de grupo en una	
muestra clínica de pacientes con elevada comorbilidad de trastornos emocionales (trastornos de	
ansiedad y depresivos): Ensayo clínico controlado con entrenamiento en relajación y	
mindfulness como grupos de control.....	99
2.1. Objetivos e hipótesis.....	99
2.2. Método.....	100
2.2.1. Diseño	100
2.2.2. Participantes	100
2.2.3. Instrumentos de evaluación	103
Instrumentos clínicos	103
Instrumentos sobre constructos transdiagnósticos	104
2.2.4. Procedimiento y resumen del tratamiento	105
2.2.5. Análisis estadístico de los datos.....	107
2.3. Resultados	107
2.3.1. Diferencias pre/postratamiento.....	107
2.3.2. Diferencias en los efectos del tratamiento entre los grupos de transdiagnóstico,	
relajación y mindfulness	115
2.4. Discusión	118
3. Discusión general.....	125
Fortalezas del estudio	129
Limitaciones del estudio.....	130
Líneas futuras de investigación.....	131
4. Conclusiones.....	135
REFERENCIAS	139
ANEXOS	163
Anexo I: Criterios diagnósticos (DSM-5; APA, 2013) de los principales trastornos de ansiedad y	
depresión	165
Anexo II: Instrumentos de evaluación	171
Anexo III: Descripción de los contenidos de las sesiones del tratamiento.....	179

LISTADO DE TABLAS

- Tabla 1.1. Características sociodemográficas de la muestra
- Tabla 1.2. Características clínicas de la muestra
- Tabla 1.3. Derivación y antecedentes clínicos
- Tabla 1.4. Instrumentos utilizados en los diferentes momentos de evaluación
- Tabla 1.5. Descripción de las sesiones del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales
- Tabla 1.6. Puntuaciones (medias y desviaciones típicas) pre y postratamiento de las variables primarias, número de pacientes con una reducción de al menos el 50% de los síntomas tras la intervención y porcentaje medio de cambio. Tamaño del efecto (η^2 parcial y d de Cohen)
- Tabla 1.7. Puntuaciones (medias y desviaciones típicas) pre y postratamiento de las variables secundarias, número de pacientes con una reducción de al menos el 50% de los síntomas tras la intervención y porcentaje medio de cambio. Tamaño del efecto (η^2 parcial y d de Cohen)
- Tabla 1.8. Puntuaciones (medias y desviaciones típicas) pre y postratamiento de las variables transdiagnósticas. Tamaño del efecto (η^2 parcial y d de Cohen)
- Tabla 1.9. Puntuaciones (medias y desviaciones típicas) pre y postratamiento de las variables de estimación clínica (FAST). Tamaño del efecto (η^2 parcial y d de Cohen)
- Tabla 1.10. Número y porcentaje de pacientes que presentan y han dejado de presentar el diagnóstico principal y comórbido tras la aplicación del UP
- Tabla 1.11. Cambio en EEAG
- Tabla 1.12. Cambio en ICG-gravedad clínica
- Tabla 1.13. Cambio en ICG-mejoría global
- Tabla 1.14. Puntuaciones (medias y desviaciones típicas) postratamiento y del seguimiento de las variables primarias, transdiagnósticas y de estimación clínica. Tamaño del efecto de las comparaciones postratamiento y seguimiento (d de Cohen)
- Tabla 1.15. Número y porcentaje de pacientes que presentan y han dejado de presentar el diagnóstico principal y comórbido tras la aplicación del UP, a los tres y a los seis meses
- Tabla 1.16. Número y porcentaje de pacientes en cada categoría de EEAG durante el seguimiento
- Tabla 1.17. Cambio en ICG-gravedad clínica
- Tabla 1.18. Cambio en ICG-mejoría global
- Tabla 1.19. Percepción subjetiva de mejoría
- Tabla 1.20. Satisfacción con la intervención
- Tabla 2.1. Características sociodemográficas y clínicas de la muestra
- Tabla 2.2. Diagnósticos principales
- Tabla 2.3. Diagnósticos comórbidos
- Tabla 2.4. Puntuaciones (medias y desviaciones típicas) pre y postratamiento de las variables primarias en función de los grupos de tratamiento (UP, RE, MF). Tamaño del efecto (η^2 parcial y d de Cohen)
- Tabla 2.5. Puntuaciones (medias y desviaciones típicas) pre y postratamiento de las variables secundarias en función de los grupos de tratamiento (UP, RE, MF). Tamaño del efecto (η^2 parcial y d de Cohen)
- Tabla 2.6. Puntuaciones (medias y desviaciones típicas) pre y postratamiento de las variables transdiagnósticas en función de los grupos de tratamiento (UP, RE, MF). Tamaño del efecto (η^2 parcial y d de Cohen)
- Tabla 2.7. Puntuaciones (medias y desviaciones típicas) postratamiento de las variables primarias en función de los grupos de tratamiento (UP, RE, MF). Tamaño del efecto (d de Cohen)
- Tabla 2.8. Puntuaciones (medias y desviaciones típicas) postratamiento de las variables secundarias en función de los grupos de tratamiento (UP, RE, MF). Tamaño del efecto (d de Cohen)
- Tabla 2.9. Puntuaciones (medias y desviaciones típicas) postratamiento de las variables transdiagnósticas en función de los grupos de tratamiento (UP, RE, MF). Tamaño del efecto (d de Cohen)

LISTADO DE FIGURAS

- Figura 1.1. Diagrama de flujo del proceso de intervención
- Figura 1.2. Diferencia pre/postratamiento en las variables primarias
- Figura 1.3. Porcentaje medio de cambio en las variables primarias
- Figura 1.4. Diferencia pre/postratamiento en las variables secundarias: TP y AG
- Figura 1.5. Diferencia pre/postratamiento en las variables secundarias: TAG
- Figura 1.6. Diferencia pre/postratamiento en las variables secundarias: TAS
- Figura 1.7. Diferencia pre/postratamiento en las variables secundarias: TDM
- Figura 1.8. Diferencia pre/postratamiento en las variables secundarias TAE
- Figura 1.9. Diferencia pre/postratamiento en las variables secundarias: TOC
- Figura 1.11. Porcentaje medio de cambio en las variables transdiagnósticas
- Figura 1.12. Diferencia pre/postratamiento en FAST
- Figura 1.13. Flujo de las puntuaciones de los pacientes en EEAG antes y después de la intervención
- Figura 1.14. Flujo de las puntuaciones de los pacientes en ICG-gravedad clínica antes y después de la intervención
- Figura 1.15. Diferencia pre/postratamiento y seguimiento en depresión y ansiedad
- Figura 1.16. Diferencia pre/postratamiento y seguimiento en sensibilidad a la ansiedad
- Figura 1.17. Diferencia pre/postratamiento y seguimiento en funcionamiento general
- Figura 1.18. Flujo de las puntuaciones de los pacientes en EEAG según el DSM-IV-TR antes, después, a los tres y a los seis meses de la intervención
- Figura 1.19. Flujo de las puntuaciones de los pacientes en ICG-gravedad clínica antes, después, a los tres y a los seis meses de la intervención
- Figura 1.20. Flujo de las puntuaciones de los pacientes en ICG-mejoría global antes, después, a los tres y a los seis meses de la intervención
- Figura 2.1. Diagrama de flujo del proceso de intervención
- Figura 3.2. Cambio en ansiedad en los tres tratamientos (UP, RE, MF)
- Figura 3.3. Cambio en depresión en los tres tratamientos (UP, RE, MF)
- Figura 3.4. Cambio en trastorno emocional en los tres tratamientos (UP, RE, MF)
- Figura 3.5. Cambio en agorafobia en los tres tratamientos (UP, RE, MF)
- Figura 3.6. Cambio en trastorno de pánico en los tres tratamientos (UP, RE, MF)
- Figura 3.7. Cambio en trastorno de ansiedad generalizada en los tres tratamientos (UP, RE, MF)
- Figura 3.8. Cambio en fobia social en los tres tratamientos (UP, RE, MF)
- Figura 3.9. Cambio en trastorno de ansiedad a la enfermedad en los tres tratamientos (UP, RE, MF)
- Figura 3.10. Cambio en trastorno obsesivo-compulsivo en los tres tratamientos (UP, RE, MF)
- Figura 3.11. Cambio en afecto positivo en los tres tratamientos (UP, RE, MF)
- Figura 3.12. Cambio en afecto negativo en los tres tratamientos (UP, RE, MF)
- Figura 3.13. Cambio en evitación interoceptiva en los tres tratamientos (UP, RE, MF)
- Figura 3.14. Cambio en evitación emocional en los tres tratamientos (UP, RE, MF)
- Figura 3.15. Cambio en perfeccionismo en los tres tratamientos (UP, RE, MF)
- Figura 3.16. Cambio en sensibilidad a la ansiedad en los tres tratamientos (UP, RE, MF)

LISTADO DE ABREVIATURAS

AG: Agorafobia sin trastorno de pánico.
ANOVA: Análisis de varianza.
ANOVA: Análisis de covarianza.
APA: Asociación de Psiquiatría Americana.
ASI-3: Índice de Sensibilidad a la Ansiedad.
CD: Cuestionario de Depresión.
CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.
CPA-N: Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos.
DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.
EA: Escala de Ansiedad.
EASI-A: Inventario de evitación emocional para adolescentes.
EEAG: Escala de Evaluación de la Actividad Global.
EEI: Escala de Evitación Interoceptiva.
EEI-interf: Escala de Evitación Interoceptiva ítem interferencia.
ESTAD: Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión.
FAST: Prueba breve de evaluación del funcionamiento.
FS: Fobia social.
HADS: Escala hospitalaria de ansiedad y depresión.
HADS-A: Escala hospitalaria de ansiedad y depresión subescala ansiedad.
HADS-D: Escala hospitalaria de ansiedad y depresión subescala depresión.
ICG: Escala de Impresión Clínica Global.
iTCC: Terapia cognitivo-conductual a través de internet.
LOCF: Método last-observation-carried-forward.
MF: Mindfulness.
MPS: Escala Multidimensional de Perfeccionismo.
NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence.
OASIS: Overall Anxiety Severity and Impairment Scale.
ODSIS: Overall Depression Severity and Impairment Scale.
OMS: Organización Mundial de la Salud.
PANAS: Escalas PANAS de Afecto Positivo y Negativo.
PANAS-N: Escala PANAS de Afecto Negativo.
PANAS-P: Escala PANAS de Afecto Positivo.
PDSS-A: Escala de Gravedad del Pánico-Abreviada.
SIAS: Escala de Ansiedad ante la Interacción Social.
PSWQ-11: Cuestionario de Preocupación Abreviado.
RE: Relajación.
SIAS: Escala de Ansiedad en la Interacción Social.
SPSS: Statistical Package for the Social Sciences.
TAE: Trastorno de ansiedad a la enfermedad.
TAG: Trastorno de ansiedad generalizada.
TAS: Trastorno de ansiedad social.
TAU: Treatment as usual.
TCC: Terapia cognitivo-conductual.
TCC-T: Terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica.
TDM: Trastornos depresivo mayor.
TDMR: trastorno depresivo mayor recurrente.
TOC: Trastorno obsesivo-compulsivo.
TP: Trastorno de pánico sin agorafobia.
TPA: Trastorno de pánico con agorafobia.
UP: Protocolo Unificado.

RESUMEN

El objetivo de la presente tesis doctoral fue doble: (1) por un lado examinar la eficacia de la aplicación grupal del Protocolo Unificado (UP; Barlow et al., 2011) en pacientes con elevada comorbilidad de trastornos emocionales; (2) por otro, comparar la eficacia del UP con la de un programa de relajación y un programa de mindfulness. Para cada uno de estos objetivos se efectuó un estudio separado (Estudio 1 y Estudio 2, respectivamente). Ambos estudios se llevaron a cabo en un Centro de Salud Mental público de la Comunidad de Madrid.

La muestra del primer estudio estuvo compuesta por 51 pacientes con elevada comorbilidad de trastornos emocionales derivados desde Atención Primaria a las consultas de psicología clínica o psiquiatría de Atención Especializada. Se incluyeron medidas pretratamiento, postratamiento y de seguimiento, a los tres y seis meses, para evaluar variables clínicas primarias (síntomas genéricos de ansiedad, depresión y trastorno emocional), secundarias (síntomas de los trastornos de ansiedad o del estado de ánimo unipolares específicos), transdiagnósticas (afecto positivo y negativo, evitación interoceptiva, evitación emocional, pensamientos automáticos negativos y sensibilidad a la ansiedad) y la estimación clínica. Además se solicitó una valoración global del tratamiento: satisfacción, percepción subjetiva de mejoría, estrategias más útiles, técnicas más difíciles y sugerencias de mejora. Los pacientes fueron asignados a grupos de 9-10 participantes y la intervención se realizó durante nueve sesiones semanales de 90 minutos de duración y dos sesiones de seguimiento. Se aplicó el protocolo original estandarizado en ocho módulos (uno por sesión, salvo la exposición situacional que se extendió durante dos sesiones).

Los resultados mostraron una reducción significativa de las variables relevantes tras la intervención, que se mantuvo hasta los seis meses. Concretamente, la disminución de los síntomas de ansiedad fue ligeramente superior a la de los síntomas depresivos, y, dentro de los distintos diagnósticos concretos, se produjo una mayor mejoría en el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno depresivo mayor y el trastorno de pánico. El efecto sobre los constructos transdiagnósticos fue significativo, en mayor grado sobre el afecto positivo, la evitación emocional, los pensamientos automáticos negativos y la evitación interoceptiva. La sensibilidad a la ansiedad fue el factor con menor cambio, aunque también relevante, y dentro del constructo la dimensión social fue la que más se benefició de la intervención, seguida por las dimensiones física y cognitiva. También se encontraron efectos positivos reflejados a través de la evaluación del profesional de referencia sobre la actividad global, el funcionamiento general y la mejoría clínica. La tasa de remisión del diagnóstico principal fue del 86,3%, y la del diagnóstico comórbido del 94,1%; ambos porcentajes aumentaron al 92 y 96%, respectivamente, en el seguimiento. Por último, el protocolo contó con unas cifras de aceptabilidad y satisfacción adecuadas, una elevada tasa de mejoría subjetiva, y una valoración

de la exposición y el mindfulness como estrategias más útiles. El mindfulness y las tareas para casa fueron considerados los aspectos más difíciles de la intervención. El formato grupal se valoró positivamente y la mayoría de los pacientes no propusieron sugerencias de mejora.

En cuanto al segundo estudio, la muestra estuvo constituida por 81 pacientes diagnosticados de uno o más trastornos emocionales que fueron asignados aleatoriamente a una de las tres condiciones experimentales (UP vs. relajación vs. mindfulness). Se incluyeron medidas pre y postratamiento para evaluar variables las clínicas primarias y secundarias, y los constructos transdiagnósticos. Las tres intervenciones grupales presentaban un encuadre similar: una asistencia de 10-12 pacientes, una duración de 60 a 90 minutos semanal y una extensión de 8-9 sesiones. Al analizar la eficacia de cada intervención de manera aislada, todas las intervenciones fueron eficaces, salvo el mindfulness que no produjo cambios significativos en los síntomas de agorafobia y de trastorno de ansiedad a la enfermedad, la relajación que no produjo cambios en la evitación interoceptiva, la evitación emocional y la sensibilidad a la ansiedad, y ninguna de las tres intervenciones modificó los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo. Al comparar las medidas postratamiento en las tres condiciones, el UP mostró una mayor eficacia frente al entrenamiento en relajación y al mindfulness (sin diferencias entre éstos) en las variables primarias (ansiedad, depresión y trastorno emocional), secundarias (trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y fobia social) y transdiagnósticas (afecto positivo, afecto negativo, evitación interoceptiva, perfeccionismo y sensibilidad a la ansiedad). Los efectos de los tres tratamientos fueron similares en agorafobia y la relajación se mostró más eficaz que el mindfulness en el tratamiento del trastorno de ansiedad a la enfermedad. Por último, el mindfulness y el tratamiento transdiagnóstico mostraron similares y mejores efectos sobre la evitación emocional que la relajación.

En suma, la presente investigación proporciona evidencia empírica sobre la eficacia del UP para el tratamiento de los pacientes que presentan elevada comorbilidad de psicopatología emocional (i.e., trastornos de ansiedad y depresión). Así mismo, pone de relieve la adecuación y posibilidad de aplicar el UP en formato grupal en un Centro público de Salud Mental. En la actual investigación se pone de relieve la superioridad de la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica (en este caso del UP) sobre otras alternativas terapéuticas que poseen actualmente elevado reconocimiento, tales como el entrenamiento en relajación o el tratamiento basado en mindfulness. Estas dos estrategias, aunque no son tratamientos transdiagnósticos propiamente dichos, suelen utilizarse también para tratar los casos de comorbilidad psicopatológica. Finalmente, deseamos enfatizar la eficiencia del UP aplicable en formato grupal en unidades especializadas de salud mental pública, sugiriendo su posible utilidad clínica, superior a los tratamientos al uso, y su implementación en el Sistema Nacional de Salud. *Palabras clave:* Protocolo Unificado, transdiagnóstico, trastornos emocionales, ansiedad, comorbilidad, transdiagnóstico, terapia grupal, relajación, mindfulness.

Parte teórica

1. Consideraciones sobre los trastornos de ansiedad y depresivos

Los trastornos emocionales (trastornos de ansiedad y trastornos depresivos) son los más frecuentes entre todos los trastornos mentales. Ambos tipos de trastornos, junto con los adaptativos, han sido denominados como “trastornos mentales comunes” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Moré y Muñoz, 2000) por su elevada incidencia y prevalencia en las consultas de atención primaria y de salud mental (Alonso, Lépine y ESEMeD/MHE-DEA, 2007; Montilla, González, Retolaza, Dueñas y Alameda, 2002), y suponen un porcentaje muy alto de la demanda asistencial global. La etiqueta de trastorno emocional funcionaría jerárquicamente como una entidad de orden superior o una supra-categoría, que englobaría dos subcomponentes: la ansiedad y la depresión; ambas categorías diagnósticas abarcan a su vez un amplio conjunto de patologías psíquicas o trastornos específicos, incluyendo el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social, el trastorno de pánico, la agorafobia, la fobia específica, el trastorno de depresión mayor, y el trastorno depresivo persistente. El resultado final podría describirse gráficamente como una estructura jerárquica con la categoría de trastorno emocional situada en la cúspide, un estrato inmediatamente anterior o dos pilares que equivaldrían a las dos categorías diagnósticas principales generales: trastornos de ansiedad y trastornos depresivos unipolares, y un tercer estrato más específico, en la base, que estaría constituido por los diagnósticos concretos de cada categoría diagnóstica. La ansiedad y la depresión provocan importantes interferencias en la vida de los pacientes debidas a las alteraciones en la regulación emocional, bien por generar la aparición de tristeza como emoción principal, o bien por presentar las manifestaciones fisiológicas, cognitivas y conductuales relacionadas con la ansiedad.

Según la clasificación recogida en la última edición del manual DSM-5 (APA, 2013), dentro del grupo de los trastornos de ansiedad se encuentran los siguientes: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social o fobia social, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias, trastorno de ansiedad debido a una condición médica, otro trastorno de ansiedad específico, y trastorno de ansiedad no especificado. Los principales cambios en la conceptualización de los trastornos de ansiedad con respecto a su antecesor, el DSM-IV-TR (APA, 2000), se refieren a mínimas modificaciones en algunos de los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad, el cambio en algunas de las denominaciones, y la exclusión del trastorno obsesivo-compulsivo y del trastorno de estrés postraumático del grupo de los trastornos de ansiedad. Así mismo, se han incluido en la categoría de trastornos de ansiedad los diagnósticos de “mutismo selectivo” y de “trastorno de ansiedad a la separación”, ambos diagnósticos quedaban reservados en ediciones anteriores para población infantojuvenil. Por primera vez se ha considerado que las crisis de pánico pueden ser compatibles o aparecer en

cualquier trastorno de ansiedad o incluso en otros trastornos mentales. Un cambio inesperado fue la separación de los diagnósticos de trastorno de pánico y de agorafobia, indicando que ya no aparecen necesariamente ligados sino que se convierten en dos diagnósticos independientes.

En cuanto a los trastornos depresivos, el DSM-5 presenta una organización muy similar a la edición previa, incluyendo en esta categoría los siguientes trastornos: trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo mayor persistente o distimia, trastorno disfórico premenstrual, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, trastorno depresivo debido a una enfermedad médica, otro trastorno depresivo específico, y trastorno depresivo no especificado. Al igual que sucede con los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo han sufrido diferentes cambios a lo largo de las ediciones de los DSM hasta el surgimiento del DSM-5. Entre las diversas modificaciones de la última edición cabe resaltar: la separación de los “trastornos bipolares y relacionados” del grupo de los trastornos del estado de ánimo, una variación mínima en los criterios diagnósticos para los trastornos depresivos, ciertas modificaciones en las denominaciones, la aparición de un nuevo diagnóstico llamado “trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo”, y la inclusión de nuevos especificadores con mayor poder descriptivo.

1.1. Prevalencia

Al centrarnos en la prevalencia de los trastornos emocionales resulta fundamental observar los datos epidemiológicos a escala internacional y nacional dado que, como se va a exponer a continuación, suponen unas cifras elevadas en el campo de la salud mental. Informes recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan un aumento de la prevalencia de los trastornos emocionales a lo largo de los últimos años, apuntando que en el momento actual alrededor de 300 millones de personas en el mundo sufren un trastorno depresivo y más de 260 millones un trastorno de ansiedad (OMS, 2017), situándose la prevalencia vital de padecer un trastorno emocional entorno al 25% (Barlow et al., 2015). Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones (OMS, 2016).

El DSM-5 ofrece cifras sobre la prevalencia de los trastornos emocionales en población norteamericana y europea que así mismo resultan impactantes. La fobia específica se considera el trastorno emocional con una prevalencia superior, que oscila entre el 7-9%, seguido por la fobia social que se presenta como una de las fobias más frecuentes, con una prevalencia anual del 7% en Europa y del 2.3% en Estados Unidos. El trastorno depresivo mayor constituye el siguiente trastorno más usual en la población norteamericana, con una prevalencia anual del 7%. El trastorno de ansiedad generalizada es el siguiente con mayor tasa de prevalencia anual, si

bien difiere de manera importante de un estudio a otro, concluyéndose que en Estados Unidos las cifras se encuentran alrededor del 2.9%, y en otros países varían entre el 0.4-3.6%. Un dato fundamental que se enfatiza en el DSM-5 estriba en el riesgo de por vida que presenta este trastorno, porcentaje situado en torno al 9%. De manera similar, las prevalencias halladas en el trastorno de estrés postraumático varían en función de que la población estudiada, sea norteamericana (3.5%) o europea (0.5-1%). Las tasas encontradas para el trastorno de pánico son equivalentes en ambas zonas geográficas, y su prevalencia en la población general oscila entre el 2-3%. Por último, el trastorno obsesivo-compulsivo presenta en Estados Unidos una prevalencia del 1.2%, y a nivel internacional sus cifras oscilan entre 1.1-1.8%. Para el trastorno depresivo persistente, previamente denominado trastorno distímico, se ha sugerido una prevalencia a los 12 meses del 0.5%.

Estos resultados son similares a los hallados en Estados Unidos en dos estudios epidemiológicos realizado por Kessler, Chiu, Demler, Merikangas y Walters (2005) y Kessler, Petukhova, Samson, Zavlavsky y Wittchen (2012), quienes coinciden en que dentro de los trastornos de ansiedad, las fobias se consideran el trastorno mental más frecuente, aunque indican que generalmente no suelen suponer el motivo principal de consulta en los centros de atención primaria o de salud mental. La fobia específica se presenta con mayor frecuencia que la social, siendo la prevalencia vital de la primera del 12.5%, mientras que la de la segunda se situaría entre el 7-12% (APA, 2013).

Ciñéndonos a algunos estudios realizados Europa, las cifras se invierten con respecto a las de la OMS, puesto que parece que la prevalencia en los últimos doce meses de los trastornos de ansiedad es mayor que la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo, con porcentajes del 14% y 7.8%, respectivamente (Wittchen et al., 2011). En Europa se considera que el trastorno de ansiedad generalizada aparece sistemáticamente y con mayor frecuencia como motivo de consulta principal en los centros de atención primaria (Wittchen, 2002).

Según la OMS (2014), en España se estima una prevalencia del 5.2% en el caso de los trastornos depresivos y del 4.1% para trastornos de ansiedad, cifras que parecen aumentar progresivamente. Haro et al. (2006) analizaron los resultados del estudio de ESEMeD-España (uno de los trabajos epidemiológico más extensos englobado en un proyecto europeo sobre la prevalencia de los distintos trastornos mentales) y concluyeron, a través del análisis de una amplia muestra de población española adulta, que de los 5.473 participantes en el estudio extraídos de la población española, el episodio depresivo mayor fue el trastorno mental más frecuente, con un 3.9% de prevalencia-año y 10.5% de prevalencia-vida. Sin embargo, al contemplar las categorías concretas que conforman los trastornos emocionales por separado, los autores encontraron que los trastornos de ansiedad eran ligeramente más frecuentes que los trastornos del estado de ánimo al estimar la prevalencia-año (6.2% frente a 4.3% respectivamente), mientras que si contemplaban la prevalencia-vida la proporción se invertía y

los trastornos depresivos fueron más frecuentes que los de ansiedad (11.4% frente a 9.3%, respectivamente).

Por su parte, Roca et al. (2009) estudiaron a 7.936 personas atendidas en diversos centros de atención primaria distribuidos por el territorio nacional que consultaron por alguna cuestión relacionada con la salud mental, y obtuvieron que la depresión fue el trastorno mental más frecuente (35.8%) seguido por los trastornos de ansiedad (25.6%). Recientemente, Caballero, Bobes, Vilardaga y Rejas (2009) hallaron cifras similares e indican que los trastornos del estado de ánimo conforman el primer motivo de consulta psiquiátrica con un 26.7% de la demanda, seguidos por los trastornos de ansiedad, que suponen un 18.2% de las consultas relacionadas con cuestiones de salud mental. Al igual que planteó Wittchen (2002) en su análisis a escala europea, en las consultas de psicología y psiquiatría españolas el trastorno de ansiedad generalizada es el que genera más solicitud de ayuda especializada; supone un 13.7% de la demanda asistencial (Caballero et al., 2009) y una prevalencia al año del 1% y a lo largo de la vida del 2.8% (Alonso et al., 2007).

1.2. Comorbilidad

Bajo el término de comorbilidad se entiende la co-ocurrencia, covariación o la aparición simultánea de dos o más trastornos en una misma persona al mismo tiempo, y como se expondrá a continuación, es un fenómeno muy frecuente en los trastornos emocionales. Por ejemplo, al observar las cifras planteadas previamente por la OMS en España, resultaría esencial disponer de datos que informen sobre qué porcentaje de esos pacientes, que han sido diagnosticados de ansiedad o de depresión, presentan al mismo tiempo comorbilidad con el otro trastorno estudiado; es decir, qué número de pacientes dentro de ese 5.2% y 4.1% presentan dos diagnósticos emocionales y síntomas solapados de ambos diagnósticos. Con demasiada frecuencia se encuentra que personas que cumplen criterio para un diagnóstico del espectro de los trastornos de ansiedad (p.ej. trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico), cumplen también criterios diagnósticos para un trastorno depresivo (p.ej. episodio depresivo mayor, trastorno depresivo recurrente) u otro trastorno de ansiedad (p.ej. fobia específica, trastorno de ansiedad social); y a la inversa, pacientes que presentan un trastorno depresivo exhiben también un trastorno de ansiedad, tema que nos redirige al concepto mencionado previamente de comorbilidad.

La investigación científica revela que la comorbilidad es un fenómeno probado en la práctica clínica; de hecho este fenómeno parece más la regla que la excepción (Sandín, Chorot y Valiente, 2012), e incluso se ha comprobado, como ha indicado Sandín (2014), que existen ciertos patrones de comorbilidad de tal modo que determinados trastornos suelen exhibir tasas de comorbilidad particularmente altas de forma selectiva con algunos trastornos, pero no con

otros. Todo ello queda reflejado en las elevadas cifras de pacientes que exhiben dos o más diagnósticos de trastornos emocionales en la práctica clínica.

Al contemplar las tasas de comorbilidad de un trastorno depresivo y algún trastorno de ansiedad, la evidencia empírica ha demostrado que éstas oscilan entre el 50%-73% (Brown y Barlow, 2002; Mineka, Watson y Clark, 1998; Provencer, Ladouceur y Dugas, 2006). Por su parte Aragonés, Piñol y Labad (2009) hallaron datos similares tras revisar un total de 104 pacientes y obtuvieron que un 45.7% de los pacientes diagnosticados de depresión presentaba además un diagnóstico de ansiedad, un 19.9% mostraba dos diagnósticos comórbidos de ansiedad y un 8.3% tres o más. El estudio en España de Roca et al. (2009) analizó las demandas sobre algún aspecto relacionado con la salud mental en atención primaria y encontró que un 11.5% de los 7.936 pacientes que asistieron a los centros de atención primaria presentaba comorbilidad de trastornos afectivos y de ansiedad. Todo ello sugiere que la comorbilidad es un fenómeno muy habitual e, incluso, que hay casos en los que la comorbilidad abarca más allá de la co-ocurrencia de dos trastornos, pudiendo aparecer tres, cuatro o más diagnósticos en una misma persona.

Ciñéndonos en los subtipos de trastornos emocionales que covarían con mayor frecuencia con los trastornos depresivos, según el DSM-5 el trastorno depresivo mayor muestra elevadas tasas de comorbilidad con otros trastornos, especialmente con el trastorno de pánico y el trastorno obsesivo compulsivo y, por su parte, el trastorno depresivo persistente presenta comorbilidad con cualquier trastorno de ansiedad. Otros estudios señalan que los trastornos que se encuentran asociados con mayor frecuencia con la depresión son: el trastorno de ansiedad generalizada (55.1%), el trastorno de pánico (33.8%) y la distimia (15.7%) (Aragonés et al., 2009). Por su parte, Kessler et al. (2005) plantearon que en torno a un 40% de los pacientes que presentaban un trastorno depresivo solía ser diagnosticado de otro u otros trastornos comórbidos, lo que se traducía en una mayor dificultad en el manejo clínico de la sintomatología depresiva, un peor pronóstico y peor evolución, una mayor resistencia a la mejoría a pesar del tratamiento, una mayor recurrencia de episodios posteriores, un incremento del riesgo de suicidio y un mayor gasto de recursos y servicios sanitarios; así mismo, se ha planteado que la comorbilidad genera una depresión más severa y con mayor impacto funcional (Aragonés et al., 2009).

Una vez expuestos los datos sobre la comorbilidad cuando se ha establecido un trastorno depresivo como diagnóstico principal, se presentarán datos sobre aquellos trastornos de ansiedad y depresivos que manifiestan mayor comorbilidad cuando se estudian los subtipos concretos de trastornos de ansiedad. La comorbilidad de dos trastornos de ansiedad suele encontrarse en torno al 40-80% de los casos (McManus, Shafran y Cooper, 2010). El trastorno de pánico es uno de los que presenta una tasa más elevada de comorbilidad con otras alteraciones psicopatológicas, dado que en un 65% a 88% de los casos cursa con otros

trastornos, situándose entre los más frecuentes los de ansiedad y del estado de ánimo y, dentro de estos últimos, suele ser el trastorno depresivo mayor el más común. Además, el trastorno de pánico se asocia muy frecuentemente con la agorafobia, de ahí su previa conceptualización como trastornos relacionados y su asociación en los manuales diagnósticos previos al DSM-5 (Botella, 2001; Brown y Barlow, 1992). A pesar de que los pacientes con alguna fobia específica habitualmente no acuden a los servicios de salud mental, padecerla puede incrementar en un 65% el riesgo de experimentar cualquier otro trastorno de ansiedad, concretamente la fobia social, o un trastorno depresivo (APA, 2013; Vythilingun y Stein, 2004). La fobia social también se manifiesta con frecuencia junto a otros diagnósticos como las fobias específicas, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo-compulsivo, la agorafobia o la depresión (Fehm y Wittchen, 2004; Sandín, 1997; Sandín y Chorot, 2009; Sandín, Chorot y Valiente, 2018). La comorbilidad también es patente en las personas con trastorno de ansiedad generalizada, constituyendo en este caso el diagnóstico más común o bien otro trastorno de ansiedad, concretamente la fobia social, o bien el de depresión unipolar (APA, 2013) en un 67% a 91% de los casos (Dugas y Ladouceur, 1997). Así mismo, la mayoría de pacientes que son diagnosticados de agorafobia padecen otro trastorno mental, encontrándose entre los más frecuentes en el espectro de los trastornos emocionales las fobias específicas, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo mayor y el trastorno de estrés postraumático (APA, 2013). El trastorno de estrés postraumático cursa en un 80% de los casos con el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo y especialmente con el trastorno depresivo mayor (APA, 2013; Echeburúa y de Corral, 2009). Por último, en el caso del trastorno obsesivo compulsivo, su comorbilidad ronda el 76% de los casos, correspondiendo a los diagnósticos con los que aparece con mayor frecuencia de manera conjunta nuevamente los trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada y fobia específica), o el trastorno depresivo mayor, con una comorbilidad con este último situada en torno al 41% (APA, 2013).

La comorbilidad psicopatológica es un fenómeno especialmente patente en los trastornos del estado de ánimo unipolares y de ansiedad y, por ello, que requieren especial atención dado que generan una alta demanda asistencial. Codony et al (2007) estudiaron los resultados del informe ESEMeD-España y encontraron que solo un 57% de los pacientes que padecía un trastorno del estado de ánimo, un 30.3% de los que padece ansiedad y un 71.7% que presentaba ambos trastornos solicitaron asistencia en servicios sanitarios. Considerando que el porcentaje de pacientes que demandaron ayuda profesional era bajo, concluyeron que todavía quedaban necesidades no cubiertas a nivel asistencial. Cuando el equipo de Codony analizó las intervenciones realizadas, establecieron que el tratamiento farmacológico como terapia única se mantenía en un 33-37.3% de los casos, que en un 29.4%-32.2% se ofreció como terapia combinada junto con la intervención psicológica y que la terapia psicológica en exclusiva tan

solo fue administrada en un 0.9% de los casos de pacientes con trastornos de ansiedad y en un 5.8% de los pacientes que presentaban un trastorno del estado de ánimo. Los datos expuestos son preocupantes, pues reflejan que solo un 0.9% en el caso de la ansiedad y un 5.8% en el caso de los trastornos del estado de ánimo se tratan desde la perspectiva psicológica, cifras muy alejadas de las recomendaciones de las guías NICE elaboradas por el *National Institute for Health and Clinical Excellence*. En dichas guías, sistemáticamente se recomienda la intervención psicológica cognitivo-conductual para los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad (NICE, 2004a, 2004b), dado que parecen tener efectos más consistentes a largo plazo en comparación con la intervención farmacológica que, como se ha comentado, es tan usual en ambos trastornos (Hollon, Stewart y Strunk, 2006).

A pesar de que la comorbilidad indicada es muy frecuente en los contextos clínicos, a menudo no se detecta y, consecuentemente, no se aborda de forma adecuada en la práctica clínica (Zimmermann y Mattian, 1999), lo que supone un riesgo para la salud mental, un aumento del malestar emocional del paciente, una reducción de las probabilidades de que el tratamiento sea eficaz e, incluso, a largo plazo, una mayor agravación y un incremento del coste económico y de recursos.

Teniendo en cuenta las elevadas tasas de comorbilidad que se han expuesto y que los trastornos de ansiedad y depresión son los más prevalentes, resulta fundamental disponer de estrategias terapéuticas adecuadas, mejorar en la medida de lo posible el tratamiento de los mismos y ofrecer intervenciones eficaces que disminuyan el malestar de la población; pues como se puede deducir de los hallazgos de Zimmermann y Mattian (1999), los trastornos emocionales ocupan un importante lugar dentro de las consultas de salud mental y su abordaje adecuado puede favorecer el curso de la psicopatología del paciente, el funcionamiento de la institución y una disminución del coste económico, que según la OMS (2016) puede superar anualmente el billón de dólares americanos. A la vista de la importante demanda asistencial que suponen al año los trastornos emocionales, un reto dentro del campo de la psicología, concretamente dentro de la clínica y la salud mental, consiste en aplicar intervenciones que permitan un abordaje simultáneo de dos o más patologías comórbidas, de tal manera que se minimice el malestar asociado a ambos trastornos.

2. La terapia cognitivo-conductual aplicada de forma específica a los trastornos de ansiedad y depresivos

La psicopatología y la psicología clínica, en su vertiente aplicada, han tratado sistemáticamente de dar respuesta a las necesidades asistenciales en el campo de la salud mental con un doble objetivo: el desarrollo de teorías explicativas sobre los distintos trastornos mentales y la génesis de intervenciones terapéuticas basadas en los modelos subyacentes y en la

evidencia empírica. Desde sus inicios, los trabajos de Beck (1976), Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) y Ellis (1962) supusieron un hito en este campo al ofrecer una intervención integrada, sustentada en una teoría explicativa de los trastornos del estado de ánimo que ofreciera a su vez una alternativa terapéutica estandarizada y estructurada eficaz. La terapia surgida bajo el enfoque cognitivo-conductual se ha centrado en el tratamiento de trastornos específicos. Desde sus orígenes ha permitido la elaboración y proliferación de multitud de protocolos de intervención, especialmente en el campo de la ansiedad y de la depresión.

Con el desarrollo de la psicopatología y la psicología clínica han venido surgiendo diversos modelos que han tratado de explicar la depresión desde distintos modelos teóricos, dando lugar a protocolos de tratamiento que se han centrado de forma más o menos específica en los mecanismos etiopatogénicos propios de cada modelo (Sandín, 1987). Ejemplos de estos enfoques específicos son los centrados en los fenómenos cognitivos (Beck, 1976; Ellis, 1962), o el centrado en el reforzamiento positivo y la práctica de actividades positivas (Lewinsohn, 1974; Lewinsohn, Muñoz, Joungren y Zeiss, 1978).

En el campo de los trastornos de ansiedad las propuestas surgidas bajo el paradigma cognitivo-conductual han sido más recientes. El modelo de Borkovec (1994) sobre el origen del trastorno de ansiedad generalizada postulaba que la preocupación podía conceptualizarse como un intento de evitación, es decir de inhibición de las consecuencias emocionales de las imágenes de miedo, que impediría su procesamiento adecuado y provocaría mayor miedo. Su propuesta dio lugar al desarrollo de una eficaz intervención que combinaba estrategias de relajación con técnicas cognitivas (Borkovec et al. 1987). Por su parte, Foa y Rothbaum (1998) y Resick y Schnicke (1996) propusieron un modelo del trastorno de estrés postraumático; los primeros se basaron en la teoría del procesamiento emocional y plantearon que la persona diagnosticada de estrés postraumático no procesaría emocionalmente los eventos aversivos incontrolables debido a la evitación, y ello generaría una mayor sensibilización, en lugar de fomentar la habituación que sería lo deseable, de tal modo que aparecería una estructura de miedo patológico y una mayor evitación. Los autores definieron una intervención que integraba como estrategias terapéuticas principales la exposición prolongada en imaginación e *in vivo* y técnicas de desactivación emocional como la respiración y la relajación. Resick y Schnicke (1996) explicaron los fenómenos intrusivos (recuerdos, pesadillas, re-experimentaciones) como un fallo en el procesamiento de la información, de tal modo que la información traumática no sería procesada ni incorporada debido al afecto asociado a ella y sugirieron un tratamiento encaminado al procesamiento adecuado del trauma a través de la exposición en imaginación y la reestructuración cognitiva de los esquemas disfuncionales y los pensamientos automáticos.

Refiriéndonos al trastorno de pánico, han surgido distintas tentativas explicativas. La teoría de Clark (1986), sin duda una de las más influyentes, se basa en la teoría cognitiva de Beck y sostiene que el pánico se produciría por una interpretación incorrecta y catastrófica de

las sensaciones corporales, lo que, a su vez, generaría mayor ansiedad; diversos protocolos sobre el tratamiento del trastorno de pánico han surgido a partir de este enfoque. Clark y Salkovskis (1986) presentaron una intervención cognitiva que integraba la inducción de sensaciones temidas y el abandono de las conductas de seguridad. Recientemente, Sandín, Sánchez-Arribas, Chorot y Valiente (2015) han formulado un modelo alternativo sobre el trastorno de pánico que incluye tres componentes que se retroalimentan y modulan: la sensibilidad a la ansiedad, las interpretaciones catastrofistas y la autoeficacia hacia el pánico. Los tres factores cognitivos generarían un círculo vicioso que mantendría la aparición de los ataques de pánico.

Como explicación de la ansiedad social, Clark y Wells (1995) plantearon tres componentes que influían en su aparición: los sesgos atencionales, los sesgos interpretativos y las conductas de seguridad, indicando que los sujetos que presentan el trastorno temen estar siendo evaluados negativamente y, consecuentemente, creen estar en peligro, por lo que fijarían su atención en detalles de su conducta interfiriendo sobre la focalización de la atención en otros aspectos relevantes como la propia situación o la conducta de aquellos con quienes interactúan. Este *modus operandi* provocaría una evaluación catastrofista de las sensaciones físicas de ansiedad, una valoración negativa sobre uno mismo y la puesta en marcha de conductas de seguridad para reducir el malestar. De cara a la intervención, Clark et al. (2006) ofrecieron una intervención con componentes básicos como la psicoeducación y la reestructuración cognitiva.

En cuanto trastorno obsesivo-compulsivo, Salkovskis (1985) sugirió que la ansiedad y las compulsiones aparecían cuando algunos estímulos precipitaban las ideas obsesivas intrusivas y éstas, a su vez, activarían determinados esquemas personales relacionados con la responsabilidad y pensamientos automáticos sobre daño o perjuicio. El autor, haciendo hincapié en el componente cognitivo de las obsesiones (pensamientos automáticos y creencias distorsionadas), diseñó una intervención basada en experimentos conductuales que permitía ponerlo a prueba.

2.1. Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad y depresivos

Como hemos indicado atrás, diferentes modelos teóricos han fomentado el desarrollo de un arsenal de estrategias terapéuticas dentro del marco de la TCC, que han sido validadas empíricamente con el objetivo de disponer de alternativas terapéuticas para el tratamiento de los distintos trastornos mentales. En la actualidad, la evidencia del enfoque clásico para el tratamiento de los trastornos emocionales ha sido más que probada en distintos contextos (atención primaria y especializada) y poblaciones (adultos, adolescentes, niños) a través de numerosos meta-análisis. El estudio de Twomey, O'Reilly y Byrne (2015) sobre la eficacia de la

TCC en atención primaria para el tratamiento de la sintomatología ansiosa y la depresiva concluyó que la intervención era más efectiva que la no intervención y que el tratamiento farmacológico pautado por el médico. Datos que coinciden con los hallados en la revisión de Høifødt, Strøm, Kolstrup, Eisemann y Waterloo (2011). En una línea similar, Hofmann y Smits (2008) encontraron que la TCC se mostraba más eficaz en el tratamiento de personas adultas con trastornos de ansiedad que el placebo.

Tolin (2010) halló una superioridad de la TCC para el tratamiento de los trastornos emocionales frente a otro tipo de intervenciones alternativas como la terapia psicodinámica, la terapia de apoyo o la terapia interpersonal; concluyó que la TCC debía contemplarse como el tratamiento de primera línea en pacientes con sintomatología ansiosa o depresiva. Así mismo, Hans y Hiller (2013) plantearon que la TCC era eficaz tanto para el tratamiento de la ansiedad, como para el de la depresión, y Butler, Chapman, Forman y Beck (2006) sostuvieron en su revisión que la TCC resultó ser efectiva en los trastornos mentales más comunes como la depresión unipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico con y sin agorafobia, fobia social y trastorno de estrés postraumático. Stewart y Chambless (2009) analizaron distintos estudios y concluyeron que el tamaño del efecto de las intervenciones cognitivo-conductuales específicas diseñadas para el tratamiento del trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social, trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada y del trastorno obsesivo-compulsivo era elevado (entre .73-2.59).

La eficacia de la TCC ha sido demostrada empíricamente para el tratamiento de los distintos trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, incluyendo el trastorno de pánico (Barlow, Gorman, Shear y Woods, 2001; Clark et al., 1999; Craske, Maidenberg y Bystritsk, 1995; Taylor, 2000; Öst y Westling, 1995), el trastorno de ansiedad generalizada (Bados, 2017; Borkovec y Costello, 1993; Butler, Fennell, Robson y Gelder, 1991), la fobia social (Botella y Gallardo, 1999; Clark et al., 2006; Taylor, 1996), el trastorno de estrés postraumático (Bradley, Greene, Russ, Dutra y Westen, 2005; Foa et al., 2005; Kar, 2011; Resick, Nishith, Weaver, Astin y Feuer, 2002; Shubina, 2015), el trastorno obsesivo-compulsivo (Botella, Baños y Gallardo, 1999; McKay et al., 2015; Olatunji, Davis, Powers y Smits, 2013), y el trastorno depresivo mayor (Cuijpers, 1998; Cuijpers, Van Straten, Andersson y Van Oppen, 2008; Pérez y García, 2001; Rush, Beck, Kovacs y Hollon, 1977).

Sería razonable considerar que el desarrollo de protocolos que aborden un trastorno específico ha supuesto un importante y útil avance; sin embargo, en la actualidad se ha llegado a una situación poco operativa, dado que se puede encontrar una proliferación excesiva de tratamientos dirigidos a un mismo trastorno y el hecho de disponer de numerosas estrategias terapéuticas, que requieren una formación diferente en cada una de ellas para su correcta aplicación, es prácticamente inviable, sobre todo en el campo de la salud mental en el que prima la urgencia asistencial y alcanzar la mayor eficacia en el menor tiempo y coste posible. Además

de las limitaciones expuestas, una de las principales críticas planteadas a la TCC se halla en el abordaje que plantea de la comorbilidad psicopatológica. Retomando las cifras descritas previamente, parece complicado integrar el fenómeno de la comorbilidad dentro de este enfoque y la única alternativa terapéutica viable que se ofrece bajo este paradigma es aplicar secuencialmente los diferentes protocolos para tratar el diagnóstico principal y los distintos diagnósticos comórbidos. Dichas circunstancias han derivado en que se lleguen a cuestionar los fundamentos de la TCC, lo que nos remite a algunos problemas del enfoque categorial que subyace a la TCC.

2.2. El enfoque categorial y la terapia cognitivo-conductual

Resulta esencial disponer de un lenguaje científico único y común, por el propio valor intrínseco que posee para toda ciencia la taxonomía de sus elementos, y porque permita la comunicación interprofesional sobre la psicopatología y la replicación y el análisis de los trabajos de investigación (Sandín, 2013). La psicopatología, en su intento constante de identificación y delimitación conceptual de los fenómenos psíquicos, ha tratado de desarrollar diferentes nomenclaturas de los trastornos mentales que se ajusten lo más precisa y fielmente posible a la realidad. Gran parte del esfuerzo se ha centrado en desarrollar un lenguaje específico o una taxonomía operativa que permita establecer los criterios diagnósticos diferenciales de los distintos trastornos mentales y en ese sentido se comentaba previamente el surgimiento de los manuales DSM y CIE.

Una de las tentativas surgidas ha sido el enfoque categorial, procedente del modelo biomédico. *Grosso modo* plantea una conceptualización del trastorno mental como una entidad nosológica diferenciada y discreta, que posee unos límites claros, y cuya aparición es una cuestión absolutista basada en un binomio de todo-nada o población clínica-no clínica. Desde este enfoque se defiende la discontinuidad entre lo normal y lo patológico, entendiendo el trastorno mental como una enfermedad que debe diagnosticarse en base a criterios categoriales diferentes cualitativamente unos de otros (Belloch, Sandín y Ramos, 2008). El resultado final sería el establecimiento, a través de procedimientos estadísticos, de un conjunto de categorías exclusivas, estáticas y cerradas que permitan el proceso de etiquetado o de diagnóstico atendiendo a los síntomas que aparecen con mayor frecuencia de manera conjunta asociados a un trastorno mental. Estos últimos, a su vez, quedarían integrados en categorías más amplias o supra-categorías que abarcan varios trastornos mentales. Todo ello deriva en una clasificación de las personas en grupos exclusivos o categorías independientes, inconexas y excluyentes. En este contexto la TCC quedaría justificada, dado que se focaliza exclusivamente en el tratamiento de un diagnóstico específico.

Una de las principales críticas que se les ha planteado enfoque categorial y, consecuentemente, a la TCC es que no dan una respuesta adecuada al solapamiento sintomático ni explican el elevado porcentaje de pacientes que presenta más de un trastorno mental. La perspectiva categorial, centrada en diagnósticos específicos, no permite dar cuenta de la comorbilidad de trastornos (Craske, 2012), ni explicar las razones por las que los diferentes trastornos comparten numerosos síntomas interrelacionados que forman una red interdependiente (Borsboom, Epskamp, Kievit, Cramer, y Schmittmann, 2011), por lo que en casos de comorbilidad psicopatológica parece una solución poco operativa. Sin embargo, un hallazgo sistemático en los estudios sobre la eficacia de la TCC es que los trastornos secundarios o comórbidos también mejoran, a pesar de que inicialmente el protocolo no estuviera diseñado para abordarlo (Allen et al., 2010; Blanchard et al., 2003; Borkovec, Abel y Newman, 1995; Brown, Antony y Barlow, 1995; Davis, Barlow y Smith, 2010; Hooke y Page, 2002; McEvoy y Nathan, 2007; Sánchez, 2004; Tsao, 2002; Tsao, Lewin y Craske, 1998; Tsao, Mystkowski, Zucker y Craske, 2005), por lo que plantear la intervención como enfocada a un único trastorno no parece una solución acertada, pues parece estar interviniendo también de manera inespecífica sobre los otros diagnósticos.

Otro hecho que cuestiona la utilidad de la TCC es el hallazgo, tanto en la investigación como en la práctica clínica, de que suele ser frecuente la aparición de trastornos que difícilmente pueden clasificarse exclusivamente en una categoría o que cumplen solo algunos criterios diagnósticos, pero no todos aquellos necesarios para ser incluidos en una determinada categoría, por lo que suelen ser diagnosticados con la etiqueta de “trastorno no especificado”. Teniendo en cuenta los fundamentos de la TCC, este grupo de pacientes no podría ser incluido en ninguno de los tratamientos disponibles y aparecería un vacío asistencial. En el campo de los trastornos emocionales esta limitación es mayor, pues las etiquetas diagnósticas de los sistemas categoriales manifiestan dificultades para adaptarse adecuadamente a la realidad y diferenciar las fronteras entre depresión y ansiedad, que frecuentemente son difusas (Pérez-Franco y Turabián-Fernández, 2006).

Como conclusión se puede plantear que el enfoque categorial no contempla tres cuestiones fundamentales: (1) aquellas relacionadas con la propia etiología o psicopatogenia del trastorno mental, es decir, no tiene en cuenta posibles procesos o factores psicológicos comunes que precipitan la aparición de distintos trastornos mentales y se encuentran asociados con su origen; (2) aquellas asociadas a la posible existencia de procesos que pudieran mantener y perpetuar potencialmente la psicopatología; y (3) el hecho de que distintos trastornos aparecen con mayor frecuencia a la vez en una misma persona y que determinados trastornos evolucionan a otros trastornos concretos con mayor probabilidad. Por ello en la actualidad, distintas investigaciones están tratando de dar respuesta a esta cuestión y proponer nuevas alternativas terapéuticas.

3. El enfoque transdiagnóstico

Debido en gran medida a las inconsistencias del enfoque centrado en diagnósticos específicos y en la elevada comorbilidad que presentan diversos grupos de trastornos mentales, recientemente ha surgido un nuevo enfoque que afecta tanto a la psicopatología como a la TCC conocido como “transdiagnóstico” (para una revisión, véase Belloch, 2012; Craske, 2012; Sandín et al., 2012). Este enfoque, aunque es de base dimensional, integra las perspectivas categoriales y supera las limitaciones de ambos al mantener las categorías diagnósticas actuales y, a su vez, basarse en los factores relacionados con el origen y mantenimiento de los trastornos mentales. La concepción transdiagnóstica no se opone a los sistemas clasificatorios tradicionales, sino que es una alternativa que utiliza e integra los diagnósticos que promueve el sistema categorial. No obstante, va un paso más allá al ofrecer una explicación al fenómeno de la comorbilidad, al de los aspectos comunes entre los distintos trastornos, a cuestiones relacionadas con su origen y mantenimiento y da cabida a aquellos trastornos que no cumplen todos los criterios de un diagnóstico concreto por lo que se enmarcarían dentro de la categoría clínica “trastornos no especificados”. El enfoque no debe considerarse una sustitución de las terapias actuales, sino una importante y fundamental ampliación de las alternativas disponibles. Si bien el transdiagnóstico se basa en un enfoque dimensional, se sustenta, en parte, sobre la nomenclatura categorial, tratando de abarcar ambos enfoques y organizar el trastorno mental desde una conceptualización integradora que se nutre de ambos sistemas clasificatorios para dar una respuesta lo más adecuadamente posible a la realidad clínica a la que se enfrentan los investigadores y profesionales de la salud mental.

El enfoque transdiagnóstico se inicia y organiza explícitamente a partir de la publicación llevada a cabo por Fairburn, Cooper y Shafran (2003) sobre los trastornos alimentarios. Estos autores utilizaron el término transdiagnóstico por primera vez y crearon, estrictamente hablando, la primera teoría psicopatológica transdiagnóstica y el primer protocolo de terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica (TCC-T) (Fairburn et al., 2003, 2009). Observaron que con frecuencia los trastornos de alimentación evolucionaban a otro trastorno de la conducta alimentaria; por ejemplo, pacientes con anorexia nerviosa desarrollaban bulimia nerviosa, lo que les llevó a plantearse si ambos diagnósticos podían tener factores comunes o síntomas nucleares que predispusieran a una evolución de una a otra patología. A partir de ese momento comenzaron a investigar lo que denominaron mecanismos comunes entre los distintos trastornos de la conducta alimentaria y observaron que hay algunos procesos genéricos, como la intolerancia emocional, el perfeccionismo, la baja autoestima o las dificultades interpersonales (Sandín et al., 2012) que podían justificar las similitudes entre los distintos diagnósticos dentro de la categoría de los trastornos de la conducta alimentaria. Propusieron una única intervención

cognitivo-conductual transdiagnóstica cuyos destinatarios serían pacientes diagnosticados del trastorno genérico de la conducta alimentaria, independientemente del trastorno específico.

Posteriormente, el grupo de Fairburn identificó que parte de esos mecanismos también subyacían a otros trastornos, como por ejemplo el trastorno depresivo mayor, y que precisamente estos procesos podían explicar el fenómeno de la comorbilidad de dichos trastornos. Estos autores mejoraron su protocolo de intervención transdiagnóstica apoyado por evidencia empírica apto para ser aplicado a cualquier patología de la categoría, incluido los trastornos de la conducta alimentaria no especificados para los que no existían intervenciones específicas hasta el momento (Fairburn et al., 2009).

Si se extienden los hallazgos al campo de la psicopatología general, se podría decir que el enfoque transdiagnóstico entiende los trastornos mentales sobre la base de un rango de procesos cognitivos y conductuales que participan en la génesis y mantenimiento de la mayor parte de los trastornos mentales (Sandín et al., 2012). En este sentido, se busca lo común a grupos o familias de trastornos mentales, es decir, aquellos procesos transdiagnósticos que permitan el desarrollo de modelos teóricos explicativos que integren factores de génesis y mantenimiento, así como de protocolos más holísticos o tratamientos para un conjunto de trastornos.

Desde esta perspectiva se hace hincapié en la comunalidad entre los trastornos, es decir, se trata de estudiar los factores comunes a los diferentes trastornos mentales para poder comprender la comorbilidad, en lugar de centrarse en los aspectos diferenciales de cada trastorno mental como se venía haciendo con anterioridad. Su interés reside en estudiar si las distintas patologías comparten un conjunto de vulnerabilidades o una etiopatogenia psicológica común, tratando de solventar las limitaciones diagnósticas de los sistemas clasificatorios clásicos.

La búsqueda de los factores transdiagnósticos, es decir, de los procesos cognitivos y/o conductuales compartidos por los diversos trastornos psicológicos (o grupos de trastornos), que contribuyen causalmente al desarrollo y/o mantenimiento de los síntomas asociados a dichas patologías (Sandín et al., 2012) se considera una de las líneas de investigación más activas en la actualidad dentro del ámbito de la psicopatología y la psicología clínica. Desde la conceptualización transdiagnóstica se pretende integrar los procesos –cognitivos, conductuales y fisiológicos- y sus mecanismos a los trastornos y manifestaciones psicopatológicas de un modo diferente hasta ahora, entendiendo los síntomas y diagnósticos desde procesos y factores más o menos comunes (Sandín et al., 2012).

En suma, el enfoque transdiagnóstico dentro de la psicología clínica puede concebirse según dos niveles de análisis: (1) por un lado, el psicopatológico tendría como objetivo la descripción y explicación de procesos cognitivos, conductuales y fisiológicos y evaluación de los factores comunes a los diferentes trastornos, y (2) por otro, la aplicación clínica facilitaría la

diseminación de protocolos de tratamiento integrados y holísticos cuya intervención se elabora en base a los procesos psicopatológicos subyacente comunes.

3.1. El enfoque transdiagnóstico en los trastornos emocionales

Refiriéndonos a los trastornos emocionales, Andrews (1990) defiende que las diferencias individuales en la manifestación de síntomas como la anhedonia, los ataques de pánico o la irritabilidad son expresiones de un mismo síndrome de categoría superior que explicaría el fenómeno de la elevada comorbilidad que se da entre estos trastornos. Este hecho ha llevado a establecer la existencia de un posible proceso nuclear de etiología común a la ansiedad y la depresión (Hong y Cheung, 2014) por su elevada comorbilidad y solapamiento de síntomas (Vallejo y Gasto, 1999), y ha apoyado a lo largo de la investigación transdiagnóstica que los trastornos de ansiedad y depresión comparten factores etiológicos y de mantenimiento comunes (Ehrenreich-May, Bilek, Queen, y Hernández, 2012) y dimensiones patológicas comunes (Brown y Barlow, 2009). Este efecto es conocido como multifinalidad y consiste en que factores de riesgo transdiagnósticos producen múltiples trastornos (Nolen-Hoeksema y Watkins, 2011). En consonancia con los datos previos sobre la comorbilidad en los trastornos emocionales, y habiéndose contrastado que muchos trastornos aparecen con elevada probabilidad como trastornos comórbidos, presentan síntomas comunes, y responden a tratamientos similares (Goldberg, 2010; Goldberg, Krueger, Andrews y Hobbs, 2009), ha suscitado replantear las clasificaciones actuales deberían ser revisadas (Kotov et al., 2017).

Sin embargo, la hipótesis sobre una etiología y mantenimiento común entre ambos trastornos no es algo reciente. A la vista de que la evidencia apunta a una correlación entre los trastornos emocionales, sistemáticamente se ha ido otorgando en el ámbito de la psicopatología una mayor importancia a las comunalidades entre ambos trastornos y a su comorbilidad. En este sentido, se inició la búsqueda de posibles factores comunes a ambas categorías diagnósticas que pudieran explicar el porqué de su elevada aparición conjunta; en esta línea a finales del siglo XX surgen nuevos modelos que tratan de explicar la covariación común entre los trastornos emocionales.

Entre estos los modelos explicativos de la comorbilidad de los trastornos emocionales destaca el modelo tripartito sobre el afecto, la ansiedad y la depresión (Clark y Watson, 1991; Watson, Clark y Carey, 1988), dado que supuso un gran avance dentro del enfoque dimensional. Sus autores expusieron un modelo unificador de los síntomas de ansiedad y depresión y postularon un factor general de afectividad negativa o neuroticismo como nexo común entre ambas patologías. Propusieron el afecto negativo como factor general de vulnerabilidad hacia ambos tipos de síntomas. Por otra parte, encontraron dos factores diferenciales y específicos para cada trastorno: la hiperactivación fisiológica, factor específico de la ansiedad, y el bajo

afecto positivo, propio de la depresión. El resultado final fue una clasificación en tres subtipos: síndrome ansioso, síndrome depresivo y un síndrome mixto ansioso-depresivo.

Numerosas investigaciones posteriores han apoyado los hallazgos del modelo tripartito (Brown, 2007; Brown y Barlow, 2009; Clark, Steer y Beck, 1994; Joiner et al., 1996, 1998; Steer, Clark, Beck y Ranieri, 1995; Zinbarg y Barlow, 1996), el cual supuso un importante impulso en la búsqueda de factores comunes a los trastornos emocionales, tanto en cuanto a su origen, como a su mantenimiento; y sobre todo ofreció una explicación coherente al fenómeno de la comorbilidad. Pocos años más tarde Brown, Chorpita y Barlow (1998) reformularon el modelo, yendo más allá de los síntomas, y lo aplicaron a los trastornos emocionales incidiendo en la importancia de la emoción, ansiedad, miedo o tristeza, y proponiendo que los factores específicos y generales no se presentan de la misma manera en todos los trastornos, planteando por ejemplo que el trastorno de pánico es aquel que se relaciona en mayor medida con la hiperactivación fisiológica y el trastorno de ansiedad generalizada es aquel que correlaciona en mayor medida con altas puntuaciones en afecto negativo.

3.2. Principales constructos transdiagnósticos relacionados con los trastornos emocionales

Desde la publicación original sobre el enfoque transdiagnóstico (Fairburn et al., 2003), se ha llevado a cabo abundante investigación sobre esta nueva perspectiva en psicología clínica. Un primer paso fundamental ha sido la búsqueda y delimitación de los constructos transdiagnósticos (procesos y/o factores psicológicos) que subyacen a diferentes grupos de trastornos mentales. Estos constructos son múltiples y se conocen desde los comienzos de la psicología científica, tales como las dimensiones de personalidad, la autofocalización negativa, los sesgos atencionales o de memoria, los patrones rígidos de valoración (p. ej., interpretaciones catastrofistas), la evitación emocional, la sensibilidad a la ansiedad, etc. (para una revisión sobre estos constructos y su significado transdiagnóstico véase Sandín et al., 2012).

Como han señalado diversos autores (Sandín, Chorot y McNally, 1996; Sandín Chorot, Valiente y Santed, 2002; Sandín, Chorot, Valiente, Santed y Lostao, 2004), el concepto de *sensibilidad a la ansiedad*, entendido como miedo a los síntomas de ansiedad, propuesto originalmente por Reiss y McNally (1985), conformaría un factor de vulnerabilidad que inicialmente se relacionó con los trastornos de ansiedad en general y con el de pánico en particular, para posteriormente vincularlo también con los trastornos depresivos y otros trastornos psicológicos (Fairholme, Carl, Farchione, y Schonwetter, 2012). Así mismo, Aldao (2012) y Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer (2010) sugieren que las *estrategias de regulación emocional desadaptativas* podrían considerarse constructos transdiagnósticos que

subyacen a la aparición y mantenimiento de los trastornos emocionales y sus síntomas psíquicos. Bajo este término se engloba un proceso que permite implementar estrategias para modificar la experiencia emocional, su expresión y sus sensaciones físicas para poder responder a las demandas del entorno (Aldao, 2012). Las estrategias desadaptativas de regulación emocional que influyen en la aparición de los trastornos emocionales y que cuentan con mayor apoyo empírico son las siguientes: rumiación, evitación, preocupación y supresión emocional (Aldao, 2012; Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010; Drost, van der Does, van Hemert, Penninx y Spinhoven, 2014; Ferrer, Martín-Vivar, Pineda, Sandín y Piqueras, 2018; Gross y John, 2003; Gross y Levenson, 1997; Kring y Sloan, 2010; McLaughlin, Borkovec y Sibrava, 2007; Nolen-Hoeksema, 1991; Papageorigiou y Wells, 1999; Pineda, 2018; Segerstrom, Tsao, Alden y Craske, 2000).

La *supresión emocional* provocaría que las experiencias se vuelvan intrusivas y más desagradables y, junto con la rumiación, parece tener un papel fundamental en el desarrollo de los trastornos emocionales, dado que se ha comprobado que el empleo de estas estrategias desadaptativas llega a ser incluso más perjudicial que la falta de empleo de las estrategias de regulación consideradas adecuadas, como en el caso de la reestructuración y la solución de problemas (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2010). Relacionada con la supresión emocional, se encuentra el constructo transdiagnóstico denominado evitación interoceptiva (Sandín, 2005), el cual asocia a los trastornos de ansiedad, al suponer la evitación de todo aquello que pueda producir sensaciones somáticas y una activación fisiológica similares a las experimentadas en la ansiedad en general y en el trastorno de pánico en particular.

En la literatura se han señalado distintos factores transdiagnósticos como el *pensamiento negativo repetitivo* (Ehring y Watkins, 2008), la *distracción* (Nolen-Hoeksema, 1991), la *preocupación* (Borkovec et al., 1995; McLaughlin et al., 2007; McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2011; Segerstrom et al., 2000), y la *intolerancia a la incertidumbre*, también definida como miedo a lo desconocido (Boelen y Reijntjes, 2009; Carleton, 2012; Carleton et al., 2012; Fergus y Wu, 2011; Holaway, Heimberg y Coles, 2006; McEvoy y Mahoney, 2012; Pineda, 2018). Uno de los elementos disposicionales que funciona como factor de vulnerabilidad transdiagnóstico en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales con amplio aval empírico es el *perfeccionismo* (Bieling, Israeli y Anthony, 2004; Buhlmann, Etcoff y Wilhelm, 2008; Egan, Wade y Shafran, 2011; Egan, Wade y Shafran, 2012; Ferrer et al., 2018; Flett, Hewitt, Blankstein y Mosher, 1995; Flett, Madorsky, Hewitt y Heisel, 2002; Franchi, 2010; González, Ibáñez, Rovella, López y Padilla, 2013; Hewitt y Flett, 1991; Kawamura, Hunt, Frost y DiBartolo, 2001; Papadomakaki y Portinou, 2012; Sassaroli et al., 2008; Shafran y Mansell, 2011; Stoeber y Otto, 2006). En estos trabajos se conceptualiza el perfeccionismo como la tendencia a establecer elevados estándares de desempeño junto con una

evaluación crítica de los mismos y una alta preocupación por cometer errores (Frost, Marten, Lahart y Rosenblate, 1990). Para un análisis comprensivo sobre el perfeccionismo como constructo transdiagnóstico, véase Egan et al. (2012).

El estudio sobre el papel transdiagnóstico de estas y otras variables podría mejorar la intervención en los trastornos emocionales y la sintomatología ansioso-depresiva, por lo que continuando con la línea expositiva, convendría abordar estas variables predictoras y mantenedoras, que a pesar de su diferente manifestación en cada paciente, se sustentan en procesos comunes. Todo ello ha derivado en la aparición de un nuevo enfoque psicopatológico de tratamiento denominado terapia cognitivo-conductual-transdiagnóstica (TCC-T) cuyo objetivo principal no es otro que desarrollar nuevos enfoques de tratamiento basados en estos constructos o en modelos teóricos que tienen en cuenta la comorbilidad y los procesos relacionados con la etiopatogenia y mantenimiento de los trastornos mentales. Obviamente, en casos en los que exista exclusivamente un trastorno mental y además un tratamiento empíricamente validado no sería necesaria la aplicación de la TCC-T, sino que la TCC sería la intervención indicada; sin embargo, en casos de comorbilidad, en los que la intervención para un trastorno específico no es adecuada o incluso en los que el diagnóstico clínico no sea concluyente, puede y debe optarse por el enfoque transdiagnóstico (Mansell, Harvey, Watkins y Shafran, 2009). Enfoques recientes sobre esta nueva perspectiva terapéutica se han referido tanto a la población adulta (Barlow y Farchione, 2018) como a la población infanto-juvenil (Ehrenreich-May y Chu, 2014).

4. El Protocolo Unificado (Unified Protocol, UP) para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales

Tras el modelo transdiagnóstico propuesto por Fairburn et al. (2003), el grupo de Barlow desarrolló el primer modelo transdiagnóstico referido a los trastornos emocionales (Barlow, Allen y Choate, 2004). Este modelo incluía, tanto los procesos psicopatológicos transdiagnósticos implicados, como la propuesta de un nuevo enfoque de TCC-T de los trastornos emocionales. Centrándonos en él, este modelo otorga gran importancia al factor afecto negativo en el desarrollo de los desórdenes emocionales y defiende la existencia de tres componentes, responsables de la aparición de un trastorno emocional. En primer lugar, el individuo presenta una vulnerabilidad biológica generalizada común a todos los trastornos emocionales, consistente en una contribución genética no específica para el desarrollo de la ansiedad y del afecto negativo. La vulnerabilidad biológica generalizada permanece latente, sin influir, hasta que una circunstancia ambiental la activa. En segundo lugar, se halla una vulnerabilidad psicológica generalizada que complementaría a la vulnerabilidad biológica y que

se desarrolla a través de experiencias tempranas de aprendizaje que podrían llevar a la persona a generar un sentido de incontrolabilidad en determinadas circunstancias. La conjunción de estos dos tipos de vulnerabilidades generales, junto con la influencia de experiencias de estrés, daría lugar al origen de los trastornos depresivos y del trastorno de ansiedad generalizada. El hecho de que una persona presente uno u otro dependerá de la vulnerabilidad psicológica generalizada, así como de la severidad del estresor y de los mecanismos de afrontamiento del individuo (Barlow, 1991). Para la génesis de los restantes trastornos de ansiedad (p.ej. el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad social o la fobia específica), sería necesario que entrase en juego una tercera vulnerabilidad, denominada vulnerabilidad psicológica específica, que determina la sintomatología concreta experimentada. Esta última vulnerabilidad se genera a través de las experiencias de aprendizaje que asocian la ansiedad a determinadas situaciones vitales, lo que provoca que, por ejemplo, el individuo perciba las sensaciones somáticas (trastorno de pánico), los pensamientos intrusivos (trastorno obsesivo-compulsivo), o la evaluación social (trastorno de ansiedad social) como peligrosos.

Además de los factores o vulnerabilidades, Barlow y et al. (2004, 2011) propusieron cuatro constructos psicopatológicos comunes en los trastornos emocionales que denominaron: atención autofocalizada, percepción de incontrolabilidad, conductas impulsadas por la emoción y evitación emocional (interoceptiva y exteroceptiva). Este modelo teórico constituyó la base del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (*Unified Protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders*; Barlow et al., 2011, 2018). Este protocolo fue desarrollado con el objetivo principal de abordar los niveles elevados del síndrome del afecto negativo (también denominado afecto negativo o neuroticismo). Se basa fundamentalmente en dos modelos, el de la triple vulnerabilidad inicialmente aplicado a los trastornos afectivos (Barlow, 2000) y posteriormente extendido a los emocionales (Barlow, 2002; Barlow et al., 2004) y el modelo tripartito (Clark y Watson, 1991), partiendo de la premisa que el afecto negativo subyace a los trastornos emocionales, y las distintas vulnerabilidades generan el trastorno emocional en general y su manifestación concreta. Barlow et al. (2004) plantearon el síndrome de afecto negativo como nexo principal entre la ansiedad y la depresión. Además, tal y como se indicó atrás, defendieron la existencia de cuatro factores psicopatológicos (Barlow et al., 2004, 2011): atención autofocalizada, percepción de incontrolabilidad, conductas impulsadas por la emoción y evitación emocional (interoceptiva y exteroceptiva). Los dos últimos conceptos fueron esenciales en la implementación de las estrategias terapéuticas que se comentarán a continuación.

El UP es un tratamiento focalizado en la emoción, incorpora el concepto transdiagnóstico de estrategias de regulación emocional y sus procesos subyacentes (supresión emocional, evitación emocional y rumiación; Aldao y Nolen-Hoeksema, 2010; Kring y Sloan,

2010), y plantea que la manera en la que el paciente responde a sus emociones es precisamente la que mantiene el malestar y el trastorno. Su finalidad es integrar técnicas empíricamente validadas de la TCC, consideradas técnicas de primera elección, como la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, la exposición (conductual y emocional) o la prevención de la evitación, especialmente de la evitación emocional, ampliando el foco a la categoría superior de los trastornos emocionales (Moses y Barlow, 2006). La TCC cuenta con un bagaje de técnicas empíricamente validadas para distintos trastornos emocionales (Butler et al., 2006; Cuijpers et al., 2008; Stewart y Chambless, 2009), que son combinadas en nuevas intervenciones terapéuticas en función de los procesos transdiagnósticos subyacentes.

Teniendo en cuenta los cuatro factores transdiagnósticos nucleares comentados previamente, Barlow et al. (2011) indicaron que los pacientes con trastornos emocionales tendían a mantener evaluaciones cognitivas negativas, inflexibles y automáticas impregnadas de errores de pensamiento, que conducían a catastrofizar o saltar a conclusiones y generaban gran parte del malestar. En un intento de disminuir el malestar, los pacientes pondrían en marcha lo que denominaron evitación emocional, una respuesta del individuo cuyo objetivo sería disminuir la experimentación de las emociones a través de estrategias consideradas desadaptativas como la distracción cognitiva, la racionalización o la búsqueda de señales de seguridad; todas ellas facilitarían la supresión emocional a corto plazo, pero mantendrían el malestar a largo plazo, al no permitir la adaptación a la emoción, el desarrollo de respuestas alternativas de afrontamiento o el aumento de la sensación de autoeficacia. Por otra parte, los autores aludieron al concepto de conductas impulsadas por emociones, entendiendo bajo este término aquellas respuestas que se iniciaban para disminuir sensaciones o emociones y que al igual que la evitación, no permitía enfrentarse a la emoción sino que la evitaban o se escapaba de ella.

Como objetivo último, el UP pretende guiar la comprensión y el manejo de las experiencias emocionales que generan el malestar del paciente y favorecer, a su vez, la adquisición de estrategias más adaptativas y, consecuentemente, la regulación emocional en aquellos pacientes diagnosticados de cualquier trastorno afectivo unipolar o cualquier tipo de trastorno de ansiedad, independientemente de la etiqueta concreta. En definitiva dicho protocolo considera que los factores comunes en los trastornos emocionales superan con creces a los aspectos característicos de cada trastorno (Barlow et al., 2004, 2011) y sugieren que para entender los trastornos emocionales es necesario hacer hincapié en que los individuos que los presentan deben hacer explícita su forma de experimentar sus emociones y su manera de responder a ellas para que se pueda producir el cambio, pues el origen del malestar surge del empleo de estrategias de regulación emocional desadaptativas, como la evitación, que empeoraría el malestar y contribuiría a mantener la sintomatología (Barlow et al., 2018).

El UP incluye una guía para el terapeuta y una guía para el paciente (libro de trabajo) (Barlow et al., 2011, 2018). La intervención que plantean los autores está compuesta por ocho módulos, que en principio debían ser aplicados de manera secuencial, al ir de menor a mayor dificultad y estar ordenados de manera jerárquica: (1) mejora de la motivación para un compromiso con el tratamiento, (2) entender las emociones y reconocimiento y análisis de la respuesta emocional, (3) entrenamiento en conciencia emocional: aprendiendo a observar las experiencias, (4) la evaluación y reevaluación cognitiva, (5) evitación emocional y conductas impulsadas por la emoción, (6) conciencia y tolerancia a las emociones físicas, (7) exposición emocional interoceptiva y situacional, y (8) logros, mantenimiento y prevención de recaídas. El número de sesiones destinado a cada módulo (el mínimo aconsejado es de una sesión y el máximo de seis), así como a la duración de la propia intervención en su conjunto es variable y flexible, siendo lo recomendado entre 12 y 18 sesiones semanales de 50-60 minutos de duración, aunque los autores incidían en la necesidad de adaptar la extensión a cada caso particular; por otra parte, hicieron hincapié en que se cumplimenten todos los módulos aunque el paciente no presentara dificultades relacionadas con los aspectos abordados en alguno de ellos. Cada sesión se acompañaba de diversas tareas para casa que el paciente debe ejecutar entre las sesiones, y sistemáticamente se destina al comienzo de la intervención un tiempo para comentar posibles dificultades surgidas durante su cumplimentación.

La segunda edición del UP (Barlow et al., 2018) mantiene una estructura y un contenido muy similar, aunque en ella se incluye una sesión previa de evaluación y explicación de la lógica de la intervención, incidiendo en la conceptualización de las emociones, que mantienen sus autores, como respuestas funcionales y adaptativas del ser humano. Los módulos de la nueva versión los siguientes: (1) establecimiento de metas y mantenimiento de la motivación, (2) entendiendo las emociones, (3) conciencia emocional, (4) flexibilidad cognitiva, (5) atendiendo a las conductas impulsadas por la emoción, (6) entendiendo y afrontando las sensaciones físicas, (7) exposición emocional, y (8) reconocimiento de logros y mirando al futuro. Las principales novedades tienen que ver con la población diana, la evaluación, el formato, la precisión de la explicación de las técnicas y conceptos clave y la simplificación de los materiales para entregar al paciente. Respecto al primer punto, sus autores amplían el abanico de potenciales beneficiarios y sugieren la aplicación en aquellos pacientes que presentan dificultades en la regulación emocional como pueden ser los pacientes con trastorno límite de la personalidad, con trastorno de la conducta alimentaria, con trastorno bipolar, pacientes que presenten autolesiones, hipocondría, consumo de sustancia o que manifiesten elevados niveles de rabia o ira. Por otra parte, aparecen ciertas modificaciones como la inclusión en el proceso evaluativo del análisis funcional, una mayor profundización en las técnicas empleadas, la inserción de un glosario con los conceptos clave para que el terapeuta pueda

desarrollarlos con mayor claridad, la simplificación de algunas tareas para casa para que su cumplimentación sea más sencilla y sobre todo, teniendo en cuenta lo comentado previamente sobre las ventajas del enfoque transdiagnóstico, insisten en la posibilidad de aplicar el protocolo en formato grupal. Respecto a esta última modalidad de aplicación, los autores ofrecen una serie de sugerencias y adaptaciones, y proponen que la intervención se extienda a lo largo de 12 sesiones semanales de dos horas de duración.

4.1. Eficacia del Protocolo Unificado aplicado a los trastornos emocionales

Recientemente varios estudios han apoyado la eficacia del UP, fundamentalmente en formato individual, que era el formato estándar sugerido inicialmente por los autores. Algunos estudios de caso han demostrado la eficacia del formato individual del UP. Boisseau, Farchione, Fairholme, Ellard y Barlow (2010) expusieron en su trabajo un caso clínico con comorbilidad de trastornos de ansiedad. Propusieron una duración de la intervención de entre 12-18 sesiones de aproximadamente una hora semanal, concluyendo que la aplicación de protocolos específicos para todos y cada uno de los diagnósticos habría requerido más tiempo, por lo que su intervención resultaba más eficiente. Siguiendo el formato individual, Bentley (2017) encontró resultados positivos tras la aplicación del UP en un caso de comorbilidad de trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno de estrés postraumático, depresión subclínica y autolesiones estableciendo una intervención de 16 sesiones. Así mismo, Rosique, Sandín, Valiente, García-Escalera y Chorot (2018) han conseguido recientemente la mejoría clínica tras la aplicación del UP en nueve sesiones de 90 minutos de duración durante nueve semanas en un caso de elevada comorbilidad de trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia específica –a las agujas) y trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor recurrente). Además de la disminución de los niveles de ansiedad y depresión, se encontró una mejoría en distintos constructos transdiagnósticos, incluida la sensibilidad a la ansiedad, la evitación interoceptiva y el afecto positivo y negativo.

Aparte de las investigaciones iniciales basadas en estudios de caso, el UP cuenta actualmente con importante apoyo empírico (véase el reciente meta-análisis llevado a cabo por García-Escalera, Chorot, Valiente, Reales y Sandín, 2016a). El estudio de Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione y Barlow (2010) incluía pacientes diagnosticados de algún trastorno emocional y no usó grupo control. Los autores sugirieron la eficacia del UP y el mantenimiento de la mejoría a los seis meses; un 85% de los pacientes respondió de manera adecuada al tratamiento y un 69% alcanzó un elevado y adecuado funcionamiento global.

En un estudio posterior controlado, Farchione et al. (2012) hallaron cambios significativos en un ensayo clínico realizado con 26 pacientes con diagnóstico principal de trastorno de ansiedad y diagnóstico comórbido de ansiedad o depresión. Fueron sometidos a una intervención individual basada en el UP, comparados con 11 pacientes de lista de espera. En el estudio observaron una desaparición de la clínica comórbida, un aumento del afecto positivo y disminución del negativo, así como un mejor funcionamiento global; todo ello se mantuvo a lo largo de un seguimiento hasta los seis meses. La disminución de la afectividad negativa tras la aplicación del UP en comparación con la lista de espera fue también obtenida por Sauer-Zavala, Boswell y Gallagher (2012). Estos autores encontraron, además de la reducción de la ansiedad y depresión clínicas, una mejoría de los constructos transdiagnósticos (conciencia emocional y aceptación, miedo a las emociones y sensibilidad a la ansiedad), concluyendo que en la muestra se redujo el nivel de las emociones negativas y mejoró la regulación emocional. Los cambios en variables temperamentales también fueron examinados por Carl, Gallagher, Sauer-Zavala, Bentley y Barlow (2014), quienes constataron una reducción del neuroticismo o inhibición conductual y un aumento de la extraversión o activación conductual en el grupo experimental en comparación con el grupo de lista de espera, si bien los efectos de la intervención sobre ambas dimensiones eran pequeños, los cambios parecían relacionarse con mejoría sintomática, del funcionamiento general y de la calidad de vida. Los autores no especifican si los cambios en estos constructos transdiagnósticos son previos o paralelos a los cambios en los síntomas de ansiedad y depresión.

Barlow et al. (2017) aplicaron recientemente el UP en formato individual en una muestra de 223 pacientes ambulatorios diagnosticados de trastorno de pánico con y sin agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de ansiedad social. Fueron asignados al grupo de control (lista de espera), a un grupo de intervención individual consistente en la aplicación de TCC, o al grupo experimental al que se aplicó el UP en formato individual. Hallaron cierta equivalencia entre ambas intervenciones (TCC y UP) y una mejoría significativa respecto al grupo control. Los resultados se mantuvieron a los seis meses.

Un reciente meta-análisis sobre la eficacia de la TCC-T en adultos, niños y adolescentes apoya la eficacia del UP en el tratamiento de los trastornos emocionales (García-Escalera et al., 2016a), con tamaños del efecto medios de 0.80 (ansiedad) y 0.72 (depresión) en estudios controlados, y de 1.02 (ansiedad) y 1.08 (depresión) en estudios no controlados en población adulta. Respecto a los seis principales estudios que aplicaron el UP, los autores encontraron tamaños del efecto medios de .69 (ansiedad) y .73 (depresión). Estos datos sugieren que la eficacia del UP aplicado en pacientes con trastornos emocionales con comorbilidad psicopatológica es similar a la de la TCC aplicada a trastornos específicos.

La aplicación del UP en población de habla española solo se ha llevado a cabo recientemente. Osma, Castellano, Crespo y García-Palacios (2015) aplicaron el UP en formato grupal y estandarizado en diez sesiones a 11 pacientes con un diagnóstico principal de trastorno emocional (tres de ellos con uno comórbido: trastorno depresivo mayor, trastorno de pánico y juego patológico) en una unidad de salud mental pública. Establecieron diez sesiones semanales de dos horas y hallaron reducciones significativas de los síntomas de ansiedad y depresión, así como de las dificultades en la regulación emocional. En la sesión de seguimiento, a los 12 meses, constataron que el 100% de los pacientes no presentaba el diagnóstico clínico inicial y que había mejorado la clínica ansioso-depresiva, las puntuaciones en afecto negativo y positivo, así como el funcionamiento general, la calidad de vida y el neuroticismo.

Castellano, Osma, Crespo y Fermoselle (2015) analizaron el mantenimiento al año de los resultados obtenidos de Osma et al. (2015) y defendieron la eficacia, efectividad y eficiencia de la aplicación grupal. El tamaño del efecto fue elevado tanto para la ansiedad (1.52) como para la depresión (1.02) cuando compararon la puntuación previa y aquella a los 12 meses. El 75% de los pacientes dejó de cumplir tras la intervención los criterios para su diagnóstico principal y el 100% de la muestra no cumplió criterios para el diagnóstico comórbido; así mismo mejoraron los niveles de afecto negativo y positivo.

En un estudio reciente, Grill, Castañeiras y Fasciglione (2017) aplicaron el UP en un centro de atención especializada con una muestra de 23 pacientes argentinos. Formaron grupos de 4-5 pacientes que asistieron un promedio de 14 sesiones de dos horas semanales e inciden en que la extensión de la intervención sea flexible, acorde con lo que plantean los autores originales del UP. Encontraron una disminución de la sintomatología ansioso-depresiva y de las dificultades en la regulación emocional, y un aumento de las emociones positivas, de la fortaleza personal y del funcionamiento global.

La evidencia empírica reseñada hace pensar en una mayor eficiencia en la práctica clínica cotidiana, al precisar la formación en un único protocolo y ofrecer su aplicación en un amplio abanico de patologías (Egan et al., 2012), en lugar de promover la proliferación y diversificación de diversos micromodelos teóricos y terapéuticos para cada trastorno mental, lo que sin lugar a dudas dificultaría la toma de decisiones respecto a su elección en casos de similar aval empírico (Craske, 2012), supondría un mayor coste de formación de terapeutas y además requeriría de una aplicación secuencial más extensa en el tiempo de los protocolos específicos.

5. Eficacia de otros protocolos de terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica para el tratamiento de los trastornos emocionales

Aunque el UP es posiblemente el protocolo más utilizado a nivel internacional entre todos los protocolos de TCC-T, se han venido desarrollando otros programas de intervención basados en este nuevo enfoque. Entre estos nuevos protocolos para tratar los trastornos emocionales caben citarse los desarrollados por el grupo de Titov (*Anxiety Program* y *Wellbeing Program*; Dear et al., 2011; Titov et al., 2011; Titov, Dear, Johnston y Terides, 2012; Titov et al., 2015). Estos protocolos fueron desarrollados para ser aplicados a través de internet y han sido llevados a la práctica, a veces con modificaciones, por diversos autores. Otros protocolos de TCC-T son el *Protocolo Transversal de Regulación Emocional* desarrollado por el grupo de Botella a partir del UP para ser aplicado a través de internet (González-Robles et al., 2015), el *Aging Wisely* diseñado por Wuthrich y Rapee (2013) para personas mayores, el *False Safety-behavior elimination therapy* dirigido a controlar las conductas de seguridad (Schmidt et al., 2012; Ricardi, Korte y Schmidt, 2017), el protocolo con formato grupal centrado en el afecto positivo y negativo y en la ansiedad de Norton (2012a, 2012b), o el protocolo de terapia breve diseñado por Kristjánisdóttir et al. (2016), entre otros.

Mención aparte merece la versión del UP adaptado a la población infanto-juvenil por el grupo de Ehrenerich-May, la cual consta de dos protocolos, uno para ser aplicado en niños (*Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children*; UP-C) y otro para su aplicación en adolescentes (UP-A) (Ehrenreich-May et al., 2018; Ehrenreich-May, Kennedy, Sherman, Bennet y Barlow, 2018; Ehrenreich-May, Kennedy, Sherman, Bilek y Barlow, 2018). El protocolo UP-A ha sido aplicado recientemente en población española en un formato grupal y en un contexto de prevención universal (García-Escalera et al., 2017).

Las revisiones sobre la eficacia de la TCC-T son escasas y la mayor parte de ellas poco concluyentes. Aunque a día de hoy se han publicado varios meta-análisis sobre la eficacia de la TCC-T en los trastornos emocionales (p. ej. Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody y Dalgleis, 2015; Reinholt y Krogh, 2014), el principal problema reside en que incluyen estudios que no aplicaron el tratamiento de TCC-T propiamente dicha. Por ejemplo, el meta-análisis de Newby et al. (2015) es un *tótum revolútum* en el que se mezclan estudios que poco o nada tienen que ver con la TCC-T. Estos autores incluyen estudios de distintos tipos y condiciones, incluidos estudios de mindfulness, psicoterapia, terapia de aceptación y compromiso, así como terapias ajustadas (*tailored*) al paciente.

Que nosotros sepamos, el único meta-análisis que ha evaluado la eficacia de la TCC-T siendo ésta considerada como un tratamiento basado en los procesos transdiagnósticos que subyacen al grupo de trastornos emocionales, fue publicada recientemente por García-Escalera et al. (2016a). Los autores encontraron que la TCC y la TCC-T no producían efectos

diferenciales en la ansiedad ($g = 0.12$; $Q(4) = 6.52$; $I^2 = 38.68$; $p = .163$) y la depresión ($g = 0.05$; $Q(4) = 5.80$; $I^2 < 30.97$; $p = .215$), con independencia del protocolo transdiagnóstico empleado, y que de los tres formatos de aplicación analizados (internet, individual, grupal), el tratamiento aplicado a través de internet obtuvo mejores resultados.

6. La terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica aplicada a los trastornos emocionales basada en otros protocolos: Comentario

En los últimos años se ha venido configurando una línea teórica y de evidencia empírica sobre la TCC-T. Se han desarrollado nuevos tratamientos transdiagnósticos caracterizados por centrarse en abordar factores comunes a diversas patologías (constructos transdiagnósticos etiopatogénicos). De este modo, la TCC-T ha desarrollado protocolos de intervención integradores que puedan ser aplicados sobre un conjunto de trastornos mentales de manera unificada. El resultado final sería que un mismo protocolo resultaría válido para el tratamiento de distintos trastornos y de la comorbilidad, pues la indicación terapéutica abarcaría un amplio número de diagnósticos y, de este modo, un paciente diagnosticado de dos o más trastornos emocionales (p. ej. trastorno depresivo mayor y trastorno de ansiedad generalizada), podría beneficiarse de una intervención que integrase y unificase el tratamiento de ambas patologías.

La TCC-T presenta una serie de ventajas en comparación con la TCC clásica orientada al tratamiento de trastornos específicos, pero quizá una de las más importantes estriba en que permite abordar conjuntos de trastornos a través de un único protocolo de intervención, lo que posibilita que el tratamiento sea más eficiente en términos de costes/beneficios. La mayor eficiencia se consigue por varias razones: por un lado, porque posibilita reducir los tiempos de tratamiento al abordar varios trastornos comórbidos a la vez, en lugar de tener que aplicar secuencialmente distintos protocolos específicos para los diferentes trastornos, y por el otro lado, porque si se lleva a cabo a través del formato grupal permite incluir pacientes con diferentes patologías en un mismo grupo. Este último aspecto se convierte en esencial en el contexto de la salud mental pública en el que prima la urgencia asistencial pero que, sin embargo, resulta en demasiadas ocasiones, cuanto menos complicado, esperar a poder crear un grupo homogéneo cuyo diagnóstico principal sea el mismo (Clark y Taylor, 2009), como podría ser un grupo terapéutico para personas con trastorno depresivo mayor o para el tratamiento del trastorno de pánico. Este punto es clave en el contexto sanitario español, si se considera que en el Sistema Nacional de Salud se dispone de 5,71 psicólogos clínicos por cada 100.000 habitantes (Organización Mundial de la Salud, 2014). Así mismo, la TCC-T permite la reducción de costes en la formación de los terapeutas, puesto que no es necesario que se formen en un amplio conjunto de protocolos específicos destinados a tratar trastornos determinados,

sino que sería suficiente una formación única en un protocolo transdiagnóstico que junto a su probada eficacia podría facilitar una mayor diseminación de tratamientos psicológicos basados en la evidencia (Wilamowska et al., 2010) y ofrecer una atención integral a las necesidades del individuo. En ese sentido, teniendo en cuenta el progresivo aumento de la demanda asistencial debida a trastornos emocionales, resulta fundamental disponer de estrategias de intervención adecuadas que puedan dar una correcta respuesta, especialmente en el contexto del sistema de salud público.

Como sugerimos, la TCC-T puede ofrecer intervenciones a nivel psicopatológico más heterogéneas que las que postula la TCC, favoreciendo el acceso más rápido al tratamiento a un mayor número de pacientes (Clark y Taylor, 2009) e, incluso, a personas que no presentan un diagnóstico específico, como por ejemplo, aquellas que son etiquetadas bajo el paraguas de los “trastornos no especificados” (Mansell et al., 2009; McManus et al., 2010). Así mismo, el hecho de intervenir sobre los propios procesos cognitivos y conductuales podría contemplarse como una aproximación a la prevención de recaídas e incluso una prevención para el desarrollo de los trastornos emocionales (Dozois, Seeds y Collins, 2009; McEvoy, Nathan y Norton, 2009).

Parte empírica

Planteamiento general del problema

El fenómeno de la comorbilidad en los trastornos emocionales ha supuesto un claro desafío para los sistemas clasificatorios categoriales en los que parece no tener cabida, así como para la TCC, enfocada al tratamiento de un trastorno específico, que sistemáticamente ha excluido a pacientes con más de un trastorno mental. En relación con el área aplicada, a pesar de que, tal y como se comentaba con anterioridad, distintos estudios apuntan hacia una mejoría de la sintomatología comórbida a través de estos protocolos, parece que dicha mejoría no es estable en el tiempo (Brown et al., 1995); que además sus destinatarios potenciales no son pacientes con múltiples diagnósticos o de difícil diagnóstico, lo que, sin embargo, parece la realidad clínica. Por otra parte, a lo largo del desarrollo de la TCC ha proliferado un alto número de protocolos para el tratamiento de un único trastorno emocional, lo que en ocasiones dificulta la toma de decisiones respecto a cuál puede ser el más idóneo. En el caso concreto de la comorbilidad psicopatológica, el enfoque clásico propone una aplicación secuencial de varios protocolos basados en la evidencia y validados para un trastorno específico y requeriría que el profesional dispusiera de formación en cada uno de ellos; consecuentemente estas cuestiones supondrían un elevado gasto económico y conllevarían una mayor duración del tratamiento, por lo que la estrategia se podría considerar poco eficiente. Otra desventaja de la TCC es que tampoco contempla entre sus destinatarios aquellos pacientes situados bajo la etiqueta diagnóstica de los trastornos emocionales “no especificados” o aquellos que no cumplen todos los criterios para un trastorno emocional, pero, sin embargo, presentan varios síntomas, por lo que parte de la demanda asistencial queda descubierta.

Como respuesta a las limitaciones que sistemáticamente ha ido encontrando el enfoque tradicional, surge la orientación transdiagnóstica que precisamente atiende los factores comunes o procesos transdiagnósticos compartidos por los distintos trastornos, así como los procesos subyacentes asociados con el origen y el mantenimiento. De este modo, el fenómeno de la comorbilidad queda incluido en las intervenciones terapéuticas surgidas bajo este paradigma y se ofrece una intervención destinada al abordaje de los constructos comunes y compartidos por los trastornos emocionales. Considerando el elevado número de solicitudes de tratamiento que generan en la actualidad los trastornos emocionales en el contexto de salud mental y el número todavía tan reducido de psicólogos en plantilla, resulta fundamental disponer de estrategias eficaces, efectivas y eficientes validadas empíricamente. Dado que la realidad en los contextos públicos es que urge la intervención terapéutica en el menor tiempo y con el más bajo coste posible, con la finalidad de reducir las largas listas de espera o disminuir los lapsos de tiempo inter-sesión que pueden llegar a ser de hasta un mes, se precisan estrategias eficientes que permitan un adecuado abordaje de la realidad clínica.

Una vez consolidados los aspectos comunes a la ansiedad y la depresión, la TCC-T puede considerarse una alternativa ventajosa y más operativa frente a la TCC al estar destinada al tratamiento de la comorbilidad psicopatológica. Si, además, se propone el contexto grupal como formato de intervención, la balanza coste-beneficio puede mejorarse, al permitir, por un lado, intervenir con varios pacientes al mismo tiempo y ofrecer ayuda a aquellos que no encajarían entre los destinatarios susceptibles de recibir intervenciones basadas en la TCC y, por el otro lado, favorecería el poder formar grupos heterogéneos con mayor rapidez, sin necesidad de esperar a disponer de pacientes con un solo diagnóstico concreto; por todo ello podría considerarse que la TCC-T ofrece una mayor eficiencia y una alternativa prometedora para el tratamiento de un amplio número de síntomas y sus mecanismos nucleares (Bullis et al., 2015).

Para el avance de la psicología científica en general, y de la psicología clínica en particular, resulta fundamental investigar la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones que se realizan. Dada la alta prevalencia de los trastornos emocionales, el malestar que genera en los pacientes y los elevados costes que se derivan de esta patología (p.ej. bajas médicas, hospitalizaciones y tratamiento), resulta esencial disponer de estrategias empíricamente validadas adecuadas para abordarlos. Como corolario se podría afirmar que las elevadas tasas de prevalencia y comorbilidad de los trastornos emocionales se encuentran probadamente demostradas y que las potenciales ventajas de las aplicaciones grupales de los protocolos transdiagnósticos planteados con anterioridad son incuestionables. En esta línea, y en un intento de continuar la búsqueda de intervenciones efectivas basadas en la evidencia que den una respuesta adecuada a las demandas asistenciales actuales, se va a encuadrar nuestro trabajo. A continuación se expondrá una investigación integrada por dos estudios realizados en un centro público de salud mental de la Comunidad de Madrid.

El objetivo general del estudio es probar la eficacia del UP aplicado en formato grupal en población adulta española con trastornos emocionales múltiples (más de un trastorno de ansiedad y/o depresión). Se pretende examinar su eficacia sobre los síntomas clínicos generales y específicos, y sobre los constructos transdiagnósticos centrales en la etiopatogenia de los trastornos emocionales.

Para ello hemos llevado a cabo dos estudios separados. En el primer estudio (Estudio 1) aplicamos el UP en formato de grupo a una muestra clínica de pacientes con elevada comorbilidad de trastornos emocionales (trastornos de ansiedad y depresivos) en el contexto de la salud pública española. En este estudio examinamos el efecto del UP sobre distintas medidas clínicas (síntomatología genérica ansioso-depresiva y específica –síntomatología asociada a los trastornos específicos-), sobre los constructos transdiagnósticos nucleares asociados a los trastornos emocionales y sobre el funcionamiento general, actividad psicosocial y mejoría clínica. Además se pretende examinar el grado de satisfacción del paciente con la intervención, su percepción de mejoría y las sugerencias de mejora y dificultades encontradas durante la

intervención. Como hipótesis de investigación nos planteamos que si la aplicación del UP resultase eficaz, entonces se produciría y mantendría a los tres y seis meses una reducción de los niveles genéricos y específicos de la ansiedad y de la depresión, de los constructos transdiagnósticos negativos, un aumento de los positivos, y, finalmente, todo ello quedaría reflejado de manera positiva en una mejor impresión clínica general, funcionamiento global, satisfacción con la intervención y percepción de mejoría.

El segundo estudio también fue aplicado en formato de grupo, en una muestra clínica de pacientes con elevada comorbilidad de trastornos emocionales. En el comparamos la eficacia del UP con dos grupos de control, i.e., entrenamiento en relajación y mindfulness. En este estudio examinamos la eficacia de tres tipos de intervenciones grupales: UP, relajación y mindfulness. Se pretende examinar si la eficacia de la aplicación grupal del UP para el tratamiento de los trastornos emocionales es superior a la de un tratamiento grupal basado en entrenamiento en relajación y otro basado en mindfulness. Además se investiga si la eficacia difiere entre el protocolo basado en entrenamiento en relajación y el protocolo basado en mindfulness. Si bien se espera que tras las tres intervenciones se produzcan cambios positivos en todas las variables genéricas (ansiedad y depresión), específicas (síntomas asociados a trastornos mentales concretos) y en los factores transdiagnósticos, se hipotetiza que éstos serán superiores en el grupo de tratamiento transdiagnóstico basado en el UP en comparación con los cambios alcanzados en los tratamientos con entrenamiento en relajación y en mindfulness. Por su parte, no se espera que existan diferencias entre los tratamientos basados en relajación y mindfulness respecto a los cambios favorables que pudieran producirse en las diferentes variables estudiadas.

Estudio 1

1. Eficacia del Protocolo Unificado (UP) aplicado en formato de grupo en una muestra clínica de pacientes con elevada comorbilidad de trastornos emocionales (trastornos de ansiedad y depresivos) en el contexto de la salud pública española. Estudio no controlado con seguimiento.

1.1. Objetivos e hipótesis

Tal y como se ha comentado atrás, el enfoque transdiagnóstico cuenta con un doble objetivo: dentro del campo de la psicopatología pretende desarrollar e investigar a nivel teórico los factores y procesos transdiagnósticos que subyacen a distintos trastornos y, en la vertiente aplicada, trata de desarrollar estrategias integradas que los modifiquen y, de este modo, mejore la patología asociada (diagnósticos primarios y comórbidos). Previamente comentamos la elevada prevalencia de los trastornos emocionales y describíamos la alta comorbilidad como un hallazgo sistemático en el ámbito clínico, por lo que, ciñéndonos al campo de la ansiedad y de la depresión, es necesario continuar investigando sobre la eficacia de los tratamientos transdiagnósticos y, en ese sentido, cobraría especial interés poder verificar empíricamente la capacidad del UP para producir un cambio terapéutico significativo en la sintomatología ansioso-depresiva.

Progresivamente han ido surgiendo distintas tentativas para el tratamiento de los trastornos emocionales que parecen apoyar la eficacia de este tipo de intervenciones en contextos salud mental y atención primaria con población adulta e infanto-juvenil. Una de las ventajas que plantea el nuevo enfoque es que ofrece una solución a las limitaciones que se asociado a la TCC, tales como: (1) no atender la comorbilidad y requerir en esos casos de una extensa aplicación de protocolos diferentes, (2) no disponer de intervenciones destinadas a pacientes de difícil diagnóstico, y (3) requerir una formación exhaustiva en cada protocolo, lo que dificulta la toma de decisiones respecto a qué protocolo podría tener mejores resultados en determinados pacientes. Avanzando un paso más allá, y contemplando la eficacia del formato grupal de las terapias transdiagnósticas dentro del escenario de salud mental público, sería posible considerarlas también más eficientes que aquellas surgidas dentro del enfoque clásico, pues ofrecen una solución más inmediata a la demanda asistencial, permitiendo la formación de grupos en menor tiempo, dado que no se precisaría esperar a que muchos pacientes dispongan del mismo diagnóstico clínico, sino que se permitiría la heterogeneidad y comorbilidad psicopatológica.

Como hemos puesto de relieve en la parte teórica de esta tesis, actualmente distintas líneas de investigación han proporcionado evidencias sobre la eficacia de la TCC-T en general, y del UP en particular. Asumiendo que en los trastornos emocionales la regulación emocional, como proceso transdiagnóstico, se sitúa como un factor central en su génesis y mantenimiento, parece necesario en el ámbito clínico poder desarrollar y validar estrategias que fomenten su ejecución adecuada. En este sentido, el UP surge como una alternativa prometedora al centrarse prioritariamente en este constructo y favorecer, a través de diferentes técnicas como la flexibilidad cognitiva, la conciencia plena sin juzgar centrada en el presente o la exposición, una regulación emocional adaptativa y, paralelamente poder reducir conductas desadaptativas como la evitación emocional, la supresión o la búsqueda de señales de seguridad, que subyacerían a la sintomatología ansioso-depresiva.

A día de hoy, y hasta donde sabemos, no hay estudios que hayan analizado su efecto sobre la comorbilidad en casos complejos, a pesar de que parece que este hecho es más que frecuente y que un alto porcentaje de pacientes presenta lo que se podría denominar como comorbilidad múltiple, es decir, varios diagnósticos comórbidos simultáneos con el trastorno principal. La literatura disponible sobre el cambio que genera este tipo de intervenciones todavía es muy escasa; hasta el momento parece que produce mejoría en el trastorno principal y comórbido, si bien poco se sabe sobre qué modificaciones se producen sobre los distintos constructos transdiagnósticos situados en el origen y mantenimiento de los trastornos emocionales. Por último, apenas se han publicado datos sobre la eficacia sostenida de la intervención y mantenimiento de los resultados en el tiempo de dichas intervenciones.

El *objetivo general* de la presente investigación fue analizar la eficacia sobre diferentes variables (clínicas, transdiagnósticas, de funcionamiento general y de satisfacción) de la aplicación grupal del UP (Barlow et al., 2011) para el tratamiento de los trastornos emocionales en un centro de salud mental público de la Comunidad de Madrid (España). Así mismo se pretende evaluar el mantenimiento de los hallazgos en el tiempo y la satisfacción de los pacientes con la intervención. Como *objetivos específicos* se establecen los siguientes:

- Examinar la eficacia del protocolo transdiagnóstico UP, aplicado en formato grupal, para el tratamiento de los trastornos emocionales (trastornos de ansiedad y trastornos depresivo unipolar). Evaluar su eficacia en relación con la sintomatología genérica ansiosa y depresiva y la específica (trastorno emocional concreto).
- Probar la eficacia del protocolo transdiagnóstico UP, aplicado en formato grupal, para reducir los niveles de constructos transdiagnósticos relevantes en los trastornos de ansiedad y depresivos (sensibilidad a la ansiedad, afecto positivo y negativo, evitación interoceptiva, evitación emocional, pensamientos negativos automáticos).

- Analizar el impacto del protocolo transdiagnóstico UP, aplicado en formato grupal, sobre el funcionamiento general, actividad psicosocial global y mejoría clínica en pacientes con trastornos de ansiedad y/o depresivos.
- Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes con la intervención, su percepción subjetiva de mejoría, así como las sugerencias de mejora y dificultades encontradas durante la intervención.

A partir de los objetivos expuestos se plantean las siguientes *hipótesis de investigación*:

- **Hipótesis 1:** Si la aplicación grupal del UP resulta eficaz, se deberán producir reducciones significativas en los niveles genéricos de ansiedad y depresión, y éstas deberían mantenerse a los tres y seis meses de seguimiento.
- **Hipótesis 2:** Si el tratamiento transdiagnóstico basado en el UP en formato grupal es eficaz, se esperarán reducciones significativas en los niveles específicos de ansiedad (i.e., trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social, agorafobia, trastorno de ansiedad a la enfermedad, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno depresivo mayor).
- **Hipótesis 3:** El tratamiento también debería producir reducciones significativas en las puntuaciones de los constructos transdiagnósticos negativos relevantes para los trastornos emocionales (i.e., sensibilidad a la ansiedad, afecto negativo, evitación interoceptiva, evitación emocional y pensamientos negativos automáticos), e incrementos en las puntuaciones de los constructos positivos (i.e., afecto positivo). El cambio en la sensibilidad a la ansiedad debería mantenerse a los tres y seis meses de seguimiento.
- **Hipótesis 4:** Si la intervención resulta eficaz, se producirá una mejoría clínica significativa asociada al tratamiento, evidenciada a través de la impresión clínica general y la evaluación de la actividad global, que se mantendrían a los tres y seis meses de seguimiento.
- **Hipótesis 5:** Se esperaría que el grado de satisfacción con el tratamiento y la percepción de mejoría sean valorados positivamente por los pacientes.

1.2. Método

1.2.1. Diseño

El estudio consistió en un ensayo clínico sin grupo de control (*open trial*). Se aplicó el UP a todos los participantes en formato grupal durante ocho sesiones de hora y media de duración y dos sesiones de seguimiento para la consolidación del aprendizaje. Las pruebas

psicológicas fueron aplicadas en cuatro momentos temporales: pretratamiento, postratamiento, a los tres, y a los seis meses.

Las condiciones fueron las mismas para todos los participantes:

- Evaluación pretratamiento (Cuestionario creado ad hoc para la recogida de datos clínicos, FAST, EEAG, ICG, Cuestionario creado *ad hoc* para la recogida de datos sociodemográficos, ESTAD, HADS, CD, EA, PDSS-A, SIAS, PSWQ-11, ASI-3, PANAS, EEI, EASI-A, CPA-N)
- Tratamiento: Aplicación del UP.
- Evaluación postratamiento (Cuestionario creado ad hoc para la recogida de datos clínicos, FAST, EEAG, ICG, ESTAD, HADS, CD, EA, PDSS-A, SIAS, PSWQ-11, ASI-3, PANAS, EEI, EASI-A, CPA-N, Encuesta anónima de satisfacción y percepción subjetiva de cambio creada *ad hoc*).
- Seguimiento a los tres y seis meses (EA, CD, ASI-3).

1.2.2. Participantes

La muestra estaba constituida inicialmente por 60 pacientes derivados desde Atención Primaria a un Centro de Salud Mental público de la Comunidad de Madrid, 51 de ellos finalizaron la intervención, 2 no llegaron a incorporarse a los grupos y 7 abandonaron el tratamiento por distintos motivos (laborales, familiares). La muestra quedó compuesta por 16 hombres y 35 mujeres, con edades comprendidas entre 18-65 años ($M = 45.08$ y $DT = 11.91$). En la Tabla 1.1 se presentan sus características sociodemográficas. A la sesión de seguimiento establecida a los tres meses acudieron 47 participantes, y 45 asistieron al seguimiento de los seis meses. Las bajas producidas fueron justificadas por la incorporación en el ámbito laboral (cese de bajas médicas o encuentro de un nuevo empleo). En la Figura 1.1 se expone el diagrama de flujo de pacientes.

Tabla 1.1. Características sociodemográficas de la muestra.

VARIABLES	N	%
Sexo		
Mujeres	35	68.6
Hombres	16	31.4
Nacionalidad		
Española	46	90.2
Sudamericana	4	7.8
Norteamericana	1	2
Estado civil		
Casado o en pareja	23	45.1
Soltero	15	29.4
Separado o divorciado	13	25.5
Hijos		
Si	31	60.8
No	20	39.2
Convivencia		
Con pareja e hijos	13	25.5
Con pareja	12	23.5
Con padres	11	21.6
Solo	10	19.6
Con hijos	5	9.8
Estudios		
Universitarios o superiores	25	49.1
Formación profesional	14	27.5
Bachiller	5	9.8
Educación primaria y secundaria	5	9.8
Sin estudios	2	3.9
Situación laboral		
En activo	16	31.4
De baja laboral	15	29.4
Desempleo	7	21.5
Incapacidad laboral	4	7.8
Jubilado	3	5.9
Estudiante	2	3.9
Nivel socioeconómico por unidad familiar		
Medio	35	68.6
Bajo	10	19.6
Alto	6	11.8

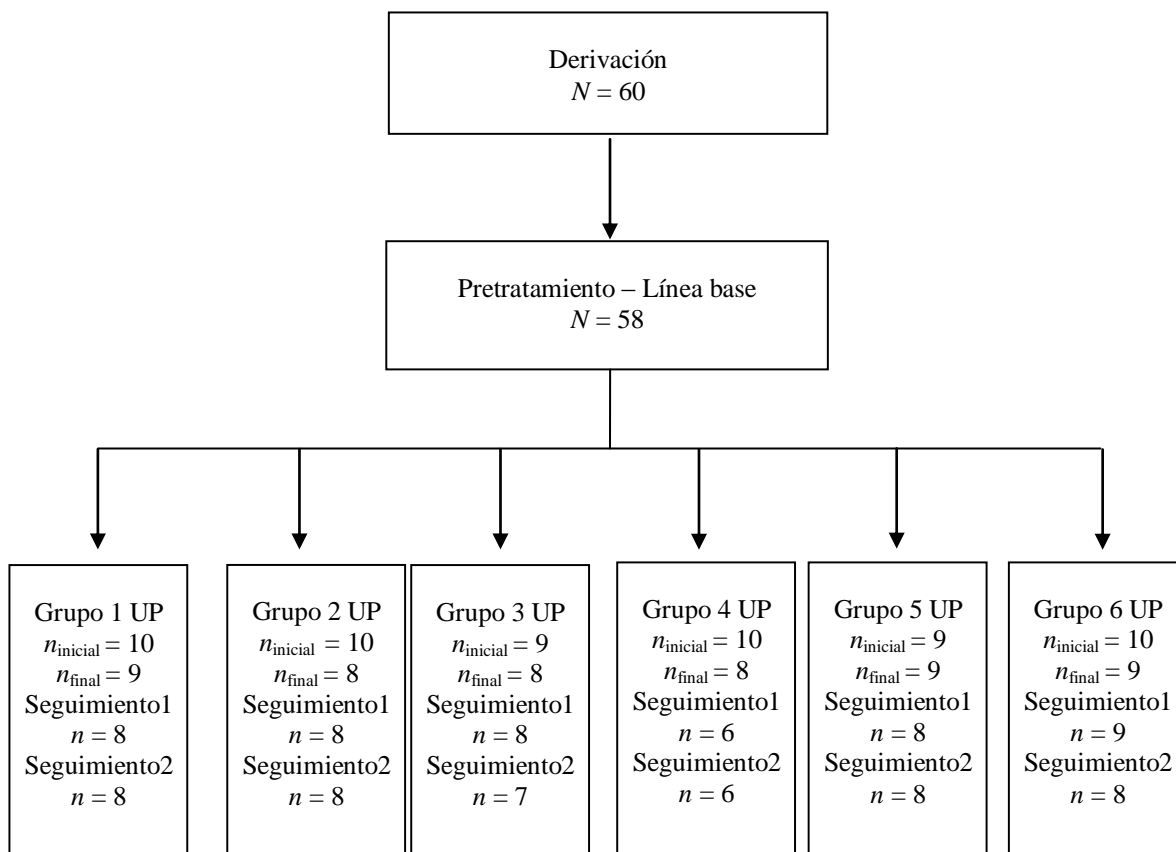


Figura 1.1. Diagrama de flujo del proceso de intervención.

Los diagnósticos principales existentes en la presente muestra fueron los siguientes: trastorno de ansiedad generalizada (TAG; 49%, $n = 25$), trastorno depresivo mayor recurrente (TDMR; 35.3%, $n = 18$), trastorno de pánico con agorafobia (TPA; 7.8%, $n = 4$), trastornos depresivo mayor episodio único (TDM; 3.9%, $n = 2$), trastorno de pánico sin agorafobia (TP; 2%, $n = 1$) y agorafobia sin historia de trastorno de pánico (AG; 2%, $n = 1$). Los criterios diagnósticos según el DSM-5 para cada trastorno incluido en el estudio pueden consultarse en el Anexo I. En relación a los diagnósticos secundarios, todos los pacientes presentaban al menos un trastorno comórbido, 13 pacientes presentaban dos diagnósticos comórbidos, 12 tres diagnósticos comórbidos y 26 comórbidos (véase la Tabla 1.2).

La Tabla 1.3 presenta las características clínicas de la muestra en cuanto a la procedencia de la derivación al grupo, la presencia o ausencia de prescripción farmacológica, los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos y hospitalizaciones psiquiátricas previas y los intentos autolíticos.

Tabla 1.2. Características clínicas de la muestra.

Diagnósticos	N	%
Principal		
Trastorno de ansiedad generalizada	25	49
Trastorno depresivo mayor recurrente	18	35.3
Trastorno de pánico con agorafobia	4	7.8
Trastorno depresivo mayor episodio único	2	3.9
Trastorno de pánico sin agorafobia	1	2
Agorafobia	1	2
Comórbidos		
Trastorno de ansiedad generalizada	25	--
Trastorno de pánico sin agorafobia	19	--
Trastorno de ansiedad social	19	--
Trastorno depresivo mayor recidivante	14	--
Trastorno depresivo mayor episodio único	12	--
Trastorno de pánico con agorafobia	7	--
Trastorno depresivo mayor persistente	4	--
Fobia específica	4	--
Agorafobia	1	--
Número de diagnósticos comórbidos		
Dos trastornos comórbidos	13	25.5
Tres trastornos comórbidos	12	23.5
Cuatro trastornos comórbidos	26	51

Tabla 1.3. Derivación y antecedentes clínicos.

Parámetros	N	%
Servicio que deriva		
Psicología clínica	34	66.7
Psiquiatría	17	33.3
Tratamiento farmacológico		
Sí	33	64.7
No	18	35.3
Tratamientos previos recibidos		
Farmacológico y psicológico	19	37.3
Farmacológico	13	25.5
No ha recibido	11	21.6
Psicológico	8	15.7
Hospitalizaciones psiquiátricas previas		
No	45	88.2
Si	6	11.8
Intentos autolíticos previos		
No	45	88.2
Si	6	11.8

1.2.3. Instrumentos de evaluación

A continuación se presentan los instrumentos de evaluación que se emplearon para evaluar variables sociodemográficas, clínicas y transdiagnósticas, que por un lado eran tipo autoinforme y fueron cumplimentados por el paciente y, por el otro, fueron estimados por el profesional clínico de referencia (psicólogos clínicos y psiquiatras) (véase el Anexo II).

Escalas clínicas de estimación

Cuestionario creado ad hoc para la recogida de datos clínicos. En el momento de la derivación al grupo se solicitó al profesional de referencia, psicólogo clínico o psiquiatra, la siguiente información a través de un cuestionario creado *ad hoc*: diagnóstico principal y diagnósticos comórbidos según DSM-5, tratamiento farmacológico actual, tratamientos psicológicos/psiquiátricos previos recibidos, hospitalizaciones en plantas de psiquiatría e intentos autolíticos. Para la obtención de las medidas postratamiento se solicitó exclusivamente el diagnóstico principal y los comórbidos.

Prueba Breve de Evaluación del Funcionamiento (FAST; Rosa et al., 2007). La escala FAST es un instrumento empleado para la valoración de las limitaciones de los pacientes con trastorno mental. Se trata de una escala tipo *Likert* de 24 ítems que evalúa el deterioro funcional durante los últimos 15 días en seis áreas (autonomía, funcionamiento laboral, funcionamiento cognitivo, finanzas, relaciones interpersonales y ocio) a través de 4 valores desde 0 “ninguna dificultad” a 4 “mucho dificultad”. Cuenta con unas adecuadas propiedades psicométricas (Rosa et al., 2007). El coeficiente alfa de Cronbach en este estudio fue .87.

Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG; APA 2000). El EEAG proporciona una medida de la salud mental del paciente desde la perspectiva psicológica, social y funcional ubicada dentro del Eje V del DSM-IV-TR. Se trata de una escala del 1-100, con intervalos de 10 puntos; el 1 indica muy mal funcionamiento y el 100 el mejor funcionamiento posible, y la evaluación final dentro del *continuum* se establece en función de la gravedad e interferencia de los síntomas y del ajuste psicosocial.

Impresión Clínica Global (ICG; Guy, 1976; versión española de Bobes, G-Portilla, Bascarán, Sáiz y Bousoño, 2002). Se emplea la escala heteroaplicada que consta de dos subescalas: la primera evalúa la gravedad del cuadro clínico a través de un ítem con una escala tipo *Likert* de 8 valores desde 0 (“no evaluado”) y 1 (normal, no enfermo) a 7 (“entre los pacientes más extremadamente enfermos”); la segunda mide la mejoría global tras la intervención terapéutica a través de un ítem en una escala *Likert* de 8 valores de 0 (“no evaluado”) y 1 (“mucho mejor”) hasta 7 (“mucho peor”). Se considera una de las escalas más breves, sencillas y útiles en la práctica clínica que permite cuantificar la eficacia de la intervención (Busner y Targum, 2007), presenta unas adecuadas propiedades psicométricas (Zaider, Heimberg, Fresco, Schneier y Liebowitz, 2003) y utilidad equivalente a la de la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (Leucht et al., 2005).

Cuestionarios de autoinforme

Cuestionario creado ad hoc para la recogida de datos sociodemográficos. En el cuestionario se debe indicar la siguiente información: género (“hombre” o “mujer”), edad, nacionalidad, estado civil, hijos, convivencia, nivel de instrucción, situación laboral y nivel socioeconómico por unidad familiar.

Cuestionarios de autoinforme clínicos

Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión (ESTAD; Sandín, Valiente y Chorot, 2013). Es un cuestionario de 44 ítems que consta de 7 subescalas (agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno de ansiedad a la enfermedad, trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo). Algunos ejemplos de ítems de cada dimensión de la escala son: “Me produce mucho miedo viajar solo/a en transporte público (autobús, tren, etc.)” (agorafobia), “Temo o me preocupa sentirme de repente asustado/a sin razón aparente” (trastorno de pánico), “Me preocupo excesivamente por cosas poco importantes y no puedo controlarlo “ (trastorno de ansiedad generalizada), “Me produce miedo ir a una fiesta y relacionarme con los asistentes” (fobia social), “Me preocupa mucho que pueda tener una enfermedad grave” (trastorno de ansiedad a la enfermedad), “Lavo obsesivamente las manos con mucha frecuencia” (trastorno obsesivo-compulsivo” y “Suelo sentirme muy triste o deprimido/a” (trastorno depresivo mayor). Se aplica según una escala Likert de frecuencia que varía entre 0 (“nunca”) y 4 (“muchas veces”). Permite obtener puntuaciones para cada una de las escalas. Los autores han proporcionado datos consistentes sobre su estructura factorial, fiabilidad y validez (Chorot, Valiente, Pineda, García-Escalera y Sandín, 2017; Sandín, Valiente, Pineda, García-Escalera y Chorot, 2017). El coeficiente alfa de Cronbach en este estudio fue .90. Los coeficientes en las distintas subescalas fueron .94 (agorafobia), .93 (trastorno de pánico), .77 (trastorno de ansiedad generalizada), .82 (fobia social), .84 (trastorno de ansiedad a la enfermedad), .63 (trastorno depresivo mayor) y .64 (trastorno obsesivo-compulsivo).

Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS; Zigmond y Snaith, 1983; versión española de Comeche, Díaz y Vallejo, 1995). HADS es un instrumento ampliamente utilizado en el ámbito de salud mental por su brevedad y facilidad de cumplimentación. Consta de 14 ítems que evalúan dos subescalas: ansiedad y depresión de 0 a 3 según su intensidad. Muestra una fiabilidad (alfa .90-.87 de la escala completa, .87-.71 de la subescala de depresión y .86-.74 para la de ansiedad), sensibilidad, especificidad y validez adecuadas en población española

(Terol-Cantero, Cabrera-Perona y Martín Aragón, 2015). El coeficiente alfa de Cronbach en este estudio fue .65, en la escala de ansiedad fue .43 y en la de depresión .66.

Cuestionario de Depresión (CD; Sandín, Valiente y Chorot, 2008). Este cuestionario de 16 ítems evalúa la sintomatología depresiva 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 (test-retest entre .70 y .74) y es estructuralmente consistente, válida y fiable (Valiente, Chorot, García-Escalera, Pineda y Sandín, 2017). El coeficiente alfa de Cronbach en este estudio fue .87.

Escala de Ansiedad (EA; Sandín, Chorot y Valiente, 2013). La escala EA consta de 10 ítems que miden 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”). Algunos ejemplos de ítems son: “Me ha costado mucho poder estar relajado/a o estar quieto/a” y “Me he sentido muy angustiado/a”. Su consistencia interna es elevada (alfa = .94), así como la estabilidad temporal (test-retest .70), la validez convergente y la discriminante (Sandín, Chorot, Pineda, García-Escalera y Valiente, 2017). El coeficiente alfa de Cronbach en este estudio fue .89.

Escala de Gravedad del Pánico-Abreviada (PDSS-A; Shear et al, 1997; versión española de Sandín, 2010). Consiste en 7 ítems estimados según una escala de gravedad ordinal de 0 a 4 que evalúan durante el último mes la frecuencia de los ataques de pánico, el nivel de malestar asociado a los ataques de pánico, preocupación o nerviosismo por nuevos ataques, evitación exteroceptiva, evitación interoceptiva, interferencia laboral y familiar, e interferencia social. Un ejemplo ítems sería el siguiente: “Durante el pasado mes, hasta qué punto te preocupaste o te sentiste nervioso/a por nuevos ataques de pánico que pudieran ocurrirte, o por miedos relacionados con el ataque (por ejemplo, que los ataques pudieran ser una señal de que tienes alguna enfermedad física o mental, o que te puedan causar situaciones que te produzcan vergüenza)”. Su coeficiente alfa es de .93 (Sánchez-Arribas et al., 2015). El coeficiente alfa de Cronbach en este estudio fue .96.

Escala de Ansiedad en la Interacción Social (SIAS; Mattick y Clarke, 1998; versión española de Sandín, Valiente y Chorot, 1999). Es una escala de 20 ítems que evalúa el constructo de fobia social en diversas situaciones sociales en una escala del 0 (“nada característico en mí”) al 4 (“muy característico en mí”) la sintomatología. Posee una adecuada consistencia interna (.89), validez convergente y discriminante (Olivares, García e Hidalgo,

2001) y es un instrumento muy sensible al cambio terapéutico (Ries et al., 1998). El coeficiente alfa de Cronbach en este estudio fue .93.

Cuestionario de Preocupación Abreviado (PSWQ-11; Sandín y Chorot, 1995). Es la forma abreviada del PSWQ (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990). Es una medida de rasgo de ansiedad que evalúa la tendencia general a experimentar la experiencia de preocupación patológica característica del trastorno de ansiedad generalizada (Sandín, Chorot, Valiente y Lostao, 2009). Se compone de 11 ítems en una escala tipo *Likert* entre 1 (“no es en absoluto típico en mí”) y 5 (“es muy típico en mí”). Posee una excelente consistencia interna (alfa = .92), fiabilidad test-retest (.85), validez convergente y discriminante (Sandín et al., 2009). El coeficiente alfa de Cronbach en este estudio fue .86.

Cuestionarios de autoinforme sobre constructos transdiagnósticos

Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI-3; Taylor et al., 2007; versión española de Sandín, Valiente, Chorot y Santed, 2007). Es una nueva escala basada en el ASI elaborado por Reiss, Peterson, Gursky y McNally (1986). A través de 18 ítems de respuesta tipo *Likert* de 0 (“nada en absoluto”) a 4 (“muchísimo”) se mide el índice de sensibilidad o miedo a las sensaciones de ansiedad a nivel físico, cognitivo y social. El cuestionario ASI-3 ha mostrado unas excelentes propiedades psicométricas (alfa = .91 y fiabilidad test-retest = .85) (Sandín et al., 2007). El coeficiente alfa de Cronbach en este estudio fue .91.

Escalas PANAS de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Watson, Clark y Tellegen, 1988; versión española de Sandín et al., 1999). Consta de 20 ítems que mide la intensidad de la emoción experimentada en una escala entre 1 (“nada o casi nada”) y 5 (“muchísimo”) en las dimensiones afecto positivo y negativo. Estas escalas han mostrado índices elevados de validez de constructo y consistencia interna (Sandín et al., 1999). El coeficiente alfa de Cronbach en este estudio fue .76 en la escala de afecto positivo y .57 en la de afecto negativo.

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 5 (“muchísimo”). Algunos ejemplos de ítems son: “Subir escaleras”, “Discutir” y “Tomar bebidas estimulantes”. Esta escala ha mostrado tener unas adecuadas propiedades psicométricas (Sandín, 2005). El coeficiente alfa de Cronbach en este estudio fue .87.

Inventario de evitación emocional para adolescentes (EASI-A; Kennedy y Ehrenreich-May, 2017; versión española de García-Escalera et al., 2016b). Se trata de un cuestionario autoinforme que mide los procesos cognitivos y atencionales destinados a evitar las experiencias emocionales. Se compone de 17 ítems, cuyas respuestas se representan en una escala de frecuencia de 0 (“nunca o casi nunca”) a 4 (“siempre o casi siempre”). Ejemplos de ítems son los siguientes: “Hago todo lo que puedo para evitar sentirme triste, preocupado/a o con miedo”, “Si comienzo a sentirme disgustado/a, trato de cambiar de actividad para distraerme y dejar de sentirme así”, “Me cuesta mucho mostrar lo que realmente siento” y “No importa cómo esté de nervioso/a o disgustado/a, trato de parecer tranquilo/a”. Sus propiedades psicométricas en población adolescente son adecuadas (Kennedy y Ehrenreich-May, 2017). El coeficiente alfa de Cronbach en este estudio fue .82.

Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos (CPA-N; Hollon y Kendall, 1980). Está formado por 40 ítems que miden el diálogo interno negativo asociado a los trastornos depresivos a través de una escala de frecuencia que oscila del 1 (“nunca”) al 5 (“casi siempre”). Algunos ejemplos de ítems son: “Me siento como enfadado con el mundo”, “¿Por qué no puedo tener éxito nunca?”, “No valgo nada” y “Soy un fracaso”. Posee unas adecuadas propiedades psicométricas (Cano-García y Rodríguez, 2002). El coeficiente alfa de Cronbach en este estudio fue .84.

Medidas de la satisfacción con la intervención

Encuesta anónima de satisfacción y percepción subjetiva de cambio creada ad hoc. Se trata de una encuesta de satisfacción anónima y voluntaria creada *ad hoc* en la que se solicita en una escala numérica del 1 al 10 indicar la percepción de mejoría y el grado de satisfacción con la intervención. A través de tres preguntas abiertas se recoge información sobre: qué estrategia/s resultaba/n más útil/es, cuál/es más difícil/es y posibles sugerencias de mejora.

1.2.4. Procedimiento y resumen del tratamiento

El estudio fue aprobado por los Comités de Bioética del Hospital Universitario Ramón y Cajal y de la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Todos los pacientes firmaron el Consentimiento Informado para la participación voluntaria en el estudio y les fue asignado un número para preservar su anonimato e impedir la identificación y acceso a sus datos.

Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: (1) comorbilidad psicopatológica entre trastornos emocionales: un diagnóstico principal de trastorno de depresión unipolar (episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor episodio único o trastorno depresivo mayor

recidivante) o de trastorno de ansiedad (trastorno de pánico sin agorafobia, trastorno de pánico con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de pánico, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada) y uno o más diagnóstico/s comórbidos de cualquier trastorno del estado de ánimo o de ansiedad (episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor episodio único, trastorno depresivo mayor recidivante, trastorno distímico, trastorno de pánico sin agorafobia, trastorno de pánico con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de pánico, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada, hipocondría) (véase el Anexo I para una descripción de los criterios diagnósticos del DSM-5, los cuales fueron aplicados para el diagnóstico del trastorno emocional), (2) edad comprendida entre los 18-65 años, (3) en caso de que lo hubiere, el tratamiento farmacológico debía ser estable antes, durante y después de la intervención, y (4) disponibilidad para acudir al centro durante la intervención.

Así mismo, fueron condiciones de exclusión el padecer: (1) adicciones, (2) trastornos de personalidad, (3) trastornos psicóticos, (4) retraso mental, (5) trastornos neurocognitivos, y (6) pacientes que presentaran una ideación autolítica grave que requiriese una intervención urgente.

La derivación de los pacientes al grupo fue realizada por un profesional de referencia (psicólogo clínico o psiquiatra) tras haber realizado una entrevista clínica previa y el establecimiento del diagnóstico según los criterios del DSM-5 (APA, 2013) a través de una entrevista diagnóstica estructurada siguiendo un esquema similar al propuesto en la entrevista diagnóstica *International Neuropsychiatric Interview* (MINI; Sheehan et al., 1998; versión española de Ferrando, Bobes, Gibert, Soto y Soto, 2000). Tras este primer diagnóstico, la primera autora llevó a cabo un nuevo diagnóstico de cada caso, coincidiendo generalmente con el diagnóstico inicial (en los casos de no coincidencia total, los diagnósticos fueron consensuados con el profesional de referencia). En ese momento se informaba al paciente de la derivación al grupo de tratamiento, su objetivo, y se le insistía en la importancia de la asistencia, puntualidad y adherencia para el funcionamiento correcto del programa. Así mismo se le entregaba el cuestionario creado *ad hoc* para la recogida de datos sociodemográficos, y el clínico, por su parte, cumplimentaba las pruebas de estimación clínica (EEAG, ICG) y el cuestionario creado *ad hoc* para la recogida de datos clínicos. La intervención fue realizada en un Centro de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. La sala donde se realizaron los tratamientos medía 8x5 metros y reunía condiciones lumínicas y de ventilación adecuadas. La disposición de la sala se mantuvo constante (organización formando un círculo) en todas las sesiones y los pacientes podían cambiar de posición en cada ocasión, aunque tendían a ocupar el mismo lugar.

La intervención se llevó a cabo en formato de coterapia por dos psicólogas clínicas entrenadas previamente en la aplicación del Protocolo Unificado y con formación específica en terapia cognitivo-conductual. Durante la primera sesión las terapeutas recibieron a los sujetos y

les informaron de las pautas de funcionamiento de la terapia y del reparto de los tiempos de participación de cada paciente. Los sucesivos módulos empezaron a la hora establecida con todos los componentes. Se realizaron un total de seis grupos (véase la Figura 1.1). La intervención tuvo lugar durante 9 sesiones semanales de 90 minutos, aplicándose la terapia durante dos meses y una semana; posteriormente, una vez finalizado el tratamiento, se aplicaron dos sesiones para la evaluación y para la consolidación del aprendizaje (seguimiento) de hora y media de duración a los tres y a los seis meses. La evaluación (recogida de información) se llevó a cabo en cuatro momentos: (1) previamente a la primera sesión, se citó a los pacientes 60 minutos antes para que cumplimentaran la batería de cuestionarios de autoinforme (pretratamiento); (2) una vez finalizada la intervención, cumplimentaron de nuevo los cuestionarios (postratamiento) y la encuesta anónima de satisfacción y percepción subjetiva de cambio; (3) para comprobar el mantenimiento de la eficacia del protocolo se citó a los pacientes a dos sesiones de seguimiento, a los tres y seis meses, en las que cumplimentaron los cuestionarios CD, EA y ASI-3 durante los 30 minutos posteriores a la sesión (véase la Tabla 1.4).

El programa se aplicó desarrolló según se muestra en la Tabla 1.5 (para una descripción más detallada de los contenidos de las sesiones véase el Anexo III). Los ocho módulos que componían la intervención fueron los planteados según el protocolo original: (1) mejorar la motivación y el compromiso con el tratamiento, (2) entendiendo las emociones, (3) entrenamiento en conciencia emocional: aprendiendo a observar las experiencias, (4) evaluación y reevaluación cognitiva, (5) evitación emocional y CIE, (6) conciencia y tolerancia a las sensaciones físicas, (7) exposición emocional, interoceptiva y situacional y (8) mantenimiento y prevención de recaídas. Además se incluyeron dos sesiones de seguimiento que seguían la estructura del último módulo. Todas las sesiones siguieron la siguiente estructura general: (1) revisión de las tareas propuestas en la intervención anterior, (2) presentación del contenido concreto a desarrollar en la sesión, y (3) asignación de tareas inter-sesión. Al finalizar cada intervención se entregaba a los pacientes el material psicoeducativo (manual del paciente) con distintos objetivos para practicar en el hogar y se impartieron las instrucciones oportunas para su correcta cumplimentación.

Tabla 1.4. Instrumentos utilizados en los diferentes momentos de evaluación.

Cuestionario	Pretratamiento	Postratamiento	3 meses	6 meses
D(x) y comorbilidad ^a , FAST ^b , EEAG ^c e ICG ^d	X	X	X	X
D. sociodemográficos ^e	X	--	--	--
ESTAD ^d	X	X	--	--
HADS ^g	X	X	--	--
CD ^h	X	X	X	X
EA ⁱ	X	X	X	X
PDSS-A ^j	X	X	--	--
SIAS ^k	X	X	--	--
PSWQ-11 ^l	X	X	--	--
ASI-3 ^m	X	X	X	X
PANAS ⁿ	X	X	--	--
EEI ^o	X	X	--	--
EASI-A ^p	X	X	--	--
CPA-N ^q	X	X	--	--
Satisfacción y cambio ^r	--	X	--	--

Nota: D(x) y comorbilidad^a = Cuestionario creado *ad hoc* para la recogida de datos clínicos,
 FAST^b = Prueba breve de evaluación del funcionamiento,
 EEAG^c = Escala de evaluación de la actividad global,
 ICG^d = Impresión clínica global,
 Datos sociodemográficos^e = Cuestionario creado *ad hoc* para la recogida de datos sociodemográficos,
 ESTAD^f = Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión,
 HADS^g = Escala hospitalaria de ansiedad y depresión,
 CD^h = Cuestionario de depresión,
 EAⁱ = Escala de ansiedad,
 PDSS-A^j = Escala de severidad del trastorno de pánico,
 SIAS^k = Escala de ansiedad ante la interacción social,
 PSWQ-11^l = Cuestionario de preocupación abreviado,
 ASI-3^m = Escala de sensibilidad a la ansiedad,
 PANASⁿ = Escalas PANAS de afecto positivo y negativo,
 EEI^o = Escala de evitación interoceptiva,
 EASI-A^p = Escala de evitación emocional,
 CPA-N^q = Cuestionario de pensamientos automáticos negativos,
 Satisfacción y cambio^r = Encuesta anónima de satisfacción y percepción subjetiva de cambio creada *ad hoc*

Tabla 1.5. Descripción de las sesiones del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales.

Sesión	Módulo UP	Título	Descripción de contenidos	Registros para casa
1	Módulo 1	Mejorar la motivación y el compromiso con el tratamiento	Explicación del encuadre grupal	Balance decisional Establecimiento de metas. OASIS, ODIS. Registro de Progreso.
2	Módulo 2	Entendiendo las emociones	Psicoeducación sobre las emociones. Introducción del modelo antecedentes-respuesta-consecuentes. Introducción de las respuestas aprendidas y las conductas impulsadas por la emoción (CIE)	Tres componentes de las emociones. Análisis contextual de las emociones y CIE.
3	Módulo 3	Entrenamiento en conciencia emocional: aprendiendo a observar las experiencias	Diferenciación entre emoción primaria y secundaria. Entrenamiento en habilidades de conciencia centrada en el presente y sin juzgar. Mindfulness	Conciencia emocional sin juzgar centrada en el presente. Anclaje en el presente. Inducción de estados de ánimo a través de la música.
4	Módulo 4	La evaluación y reevaluación cognitiva	Explicación de la reestructuración cognitiva. Ejercicio de la imagen ambigua y registro Observando tus interpretaciones. Trampas del pensamiento (catastrofización y sobreestimar la probabilidad) y de estrategias alternativas.	Flecha descendente. Identificación y evaluación de pensamientos automáticos.
5	Módulo 5	Evitación emocional y CIE	Explicación de las estrategias de evitación emocional (conductas sutiles de evitación, evitación cognitiva y señales de seguridad) y de la supresión del pensamiento (experimento del oso blanco de Wegner et al., 1987). Exposición en imaginación. CIE.	Estrategias de evitación emocional. Cambio de CIE.
6	Módulo 6	Conciencia y tolerancia a las sensaciones físicas	Explicación del funcionamiento de la exposición. Ejercicios de interoceptiva. Elaboración de jerarquías emocional y situacional.	Inducción de síntomas.
7 y 8	Módulo 7	Exposición emocional, interoceptiva y situacional	Exposición exteroceptiva y situacional.	Práctica de la exposición.
9	Módulo 8	Mantenimiento y prevención de recaídas	Evaluación de logros, consolidación de habilidades adquiridas.	Evaluación del progreso.
10 y 11	Módulo 8	Seguimiento	Resolución de dudas y generalización.	

Nota: UP = Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales, OASIS = Overall Anxiety Severity and Impairment Scale, ODIS = Overall Depression Severity and Impairment Scale

1.2.5. Análisis estadístico de los datos

Se examinaron las características de la muestra (variables sociodemográficas y datos clínicos recogidos en el cuestionario creado *ad hoc*). Calculamos el coeficiente alfa de Cronbach para determinar la fiabilidad (consistencia interna) de las diferentes medidas utilizadas en el estudio. Para probar las hipótesis 1, 2 y 3 se aplicaron tres diseños de ANOVA de un factor de medidas repetidas (pretratamiento vs. postratamiento). Cada diseño se aplicó en 27 ocasiones.

Para comprobar las hipótesis 1, 2, 3 y 4, en lo relativo al mantenimiento de las ganancias, aplicamos un diseño de ANOVA de un factor de medidas repetidas, para las cuatro variables estudiadas, incluyendo los tres momentos temporales posteriores a la intervención. Las comparaciones entre los diferentes momentos se llevaron a cabo aplicando la prueba *post-hoc* de Bonferroni. Para probar la hipótesis 5 se analizó la estadística descriptiva de las respuestas recogidas en la encuesta de satisfacción.

Se utilizó el método *last-observation-carried-forward* (LOCF) para contemplar el efecto de intención de tratar. En el caso de los pacientes que no acudieron a algún momento del seguimiento se tomó el valor de la última medición disponible. En el caso de los nueve pacientes que abandonaron la intervención no se disponía tampoco de sus cuestionarios pretratamiento, por lo que fueron excluidos. Todos los análisis se llevaron a cabo con el SPSS 24.0.

1.3. Resultados

Para presentar los resultados obtenidos se va a hacer una doble distinción. En primer lugar se analizaron los datos derivados del efecto de la propia intervención sobre las variables clínicas, transdiagnósticas y de estimación clínica. Todos los cuestionarios fueron cumplimentados antes del tratamiento y tras la finalización del mismo, y algunos de ellos, concretamente el CD, la EA y el ASI-3, fueron cumplimentados de nuevo a los tres y seis meses. En segundo lugar se expondrán los resultados relacionados con la satisfacción con la intervención, la percepción subjetiva de mejoría, las principales dificultades encontradas durante la intervención y las sugerencias de mejora, medidas todas estas variables mediante la encuesta anónima rellena al final de la aplicación del UP.

1.3.1. Efecto del tratamiento: Diferencias pre/postratamiento

Las variables estudiadas antes de la intervención, y tras el tratamiento, así como también las variables evaluadas a lo largo del seguimiento, pueden agruparse en torno a cuatro grandes categorías: (1) variables primarias o genéricas, es decir, los síntomas generales de

ansiedad y de depresión unipolar que son comunes los trastornos emocionales, (2) variables secundarias, que se corresponderían a los síntomas específicos de los diferentes subtipos de trastornos y que se corresponderían con las categorías diagnósticas del DSM, (3) variables o constructos transdiagnósticos que subyacen o se relacionan con el origen y/o mantenimiento de los trastornos emocionales, y (4) variables de estimación clínica que se corresponden con las recogidas a través de las pruebas psicométricas cumplimentadas por el psicólogo clínico o psiquiatra de referencia que efectuó la derivación al grupo.

Siguiendo la línea expositiva, los resultados del efecto del tratamiento, comparando los datos obtenidos antes y después de la aplicación del UP, se expondrán continuando el esquema de las cuatro categorías mencionadas previamente.

Cambios en las variables primarias: Síntomas generales de ansiedad y depresión

Para comprobar la primera hipótesis se aplicó un ANOVA de medidas repetidas con dos momentos temporales (pretratamiento y postratamiento), y se examinó si las puntuaciones en las variables genéricas se reducían, y si las diferencias obtenidas entre las puntuaciones antes y después de la intervención eran estadísticamente significativas en la sintomatología ansiosa, en la depresiva y en los síntomas de ansiedad y depresión, evaluados a través de la puntuación total del ESTAD (véase la Tabla 1.6 y la Figura 1.2). Los niveles genéricos de ansiedad y depresión disminuyeron significativamente en todas las variables examinadas y aparecieron mejoras significativas en las cinco escalas ($p < .05$).

Tabla 1.6. Puntuaciones (medias y desviaciones típicas) pre y postratamiento de las variables primarias, número de pacientes con una reducción de al menos el 50% de los síntomas tras la intervención y porcentaje medio de cambio. Tamaño del efecto (η^2 parcial y d de Cohen).

Variable	Pretratamiento	Postratamiento		%	$F(1,50)$	η^2_p	d (Cohen)
	M (DT)	M (DT)	N				
HADS-D	13.04 (3.13)	4.94 (2.47)	38	76.5**	187.36*	0.79	2.87
HADS-A	14.29 (2.38)	5.18 (2.02)	44	86.3**	411.39*	0.89	4.13
ESTAD	72.82 (22.42)	26.04 (10.79)	43	86.3**	296.37*	0.86	2.65
CD	40.12 (10.65)	11.78 (7.40)	45	92.2**	278.46*	0.85	3.09
EA	29.02 (6.45)	8.75 (3.52)	47	92.2**	495.33*	0.91	3.90

Nota: HADS-D = Escala hospitalaria de ansiedad y depresión subescala depresión; HADS-A = Escala hospitalaria de ansiedad y depresión subescala ansiedad; ESTAD = Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión; CD = Cuestionario de Depresión; EA = Escala de Ansiedad. **% de cambio superior al 50%. η^2_p = eta al cuadrado parcial. * $p < .05$.

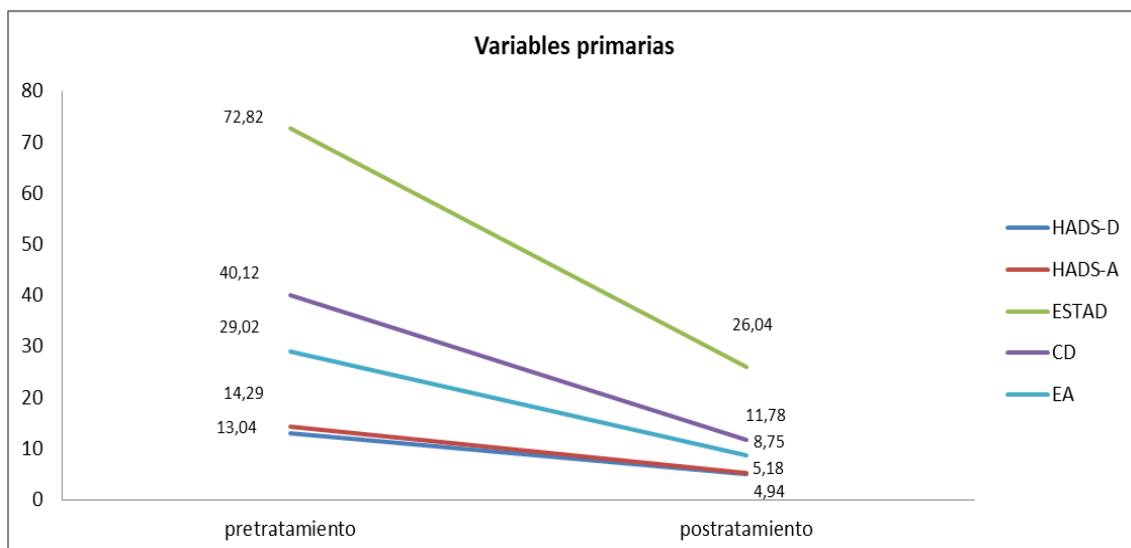


Figura 1.2. Diferencia pre/postratamiento en las variables primarias. *Nota:* HADS-D = Escala hospitalaria de ansiedad y depresión subescala depresión; HADS-A = Escala hospitalaria de ansiedad y depresión subescala ansiedad; ESTAD = Escalas de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión; CD = Cuestionario de Depresión; EA = Escala de Ansiedad.

Para analizar el tamaño del efecto se utilizó la prueba estadística d de Cohen y el estadístico η^2 al cuadrado parcial. Los resultados del primer estadístico fueron interpretados según Cohen (1988), tomando como rangos los valores de 0.2, 0.5 y 0.8 que son considerados respectivamente como magnitudes del efecto pequeñas, medias y elevadas. Respecto al primer parámetro, todas las magnitudes fueron elevadas y oscilaron entre 2.65 y 4.13, y con el segundo estadístico (η^2_p) la magnitud hallada fue también elevada, situándose entre 0.91 y 0.79. El tamaño del efecto fue ligeramente superior en las escalas que evalúan la ansiedad (HADS-A y EA) que en las que evalúan la depresión (HADS-D y CD). Los porcentajes de cambio se midieron calculando el cambio producido en la situación postratamiento con respecto a los valores de la situación pretratamiento (puntuación inicial basal). Para ello se computó la diferencia entre ambas situaciones y se calculó qué porcentaje representaba esta diferencia con respecto al valor inicial (pretratamiento). De este modo, se puede observar en qué porcentaje, de media, descienden los valores relacionados con las variables que deberían disminuir (ansiedad, depresión, sensibilidad a la ansiedad, afecto negativo, etc.), y en qué porcentaje, de media, aumentan las puntuaciones en las variables que deberían aumentar (afecto positivo). Se consideró como mejoría clínica una reducción de al menos el 50% de los síntomas en la fase de postratamiento respecto a la fase de pretratamiento; además se computó el número de pacientes cuyo porcentaje de cambio fue igual o mayor del 50%. Cifrándonos a las variables primarias (sintomatología ansiosa y/o depresiva) el porcentaje medio de cambio fue mayor del 75% en todas las puntuaciones, independientemente del instrumento de medición empleado (véase la Tabla 1.6 y la Figura 1.3). Las pruebas CD y EA fueron aquellas en las que se obtuvo un mayor porcentaje de cambio para la ansiedad y la depresión; en ambos casos supuso el 92% de mejoría

respecto a la sintomatología inicial; en el caso de la depresión 45 personas experimentaron una mejoría del 50% o más y en el caso de la ansiedad 47 personas presentaron un porcentaje de cambio igual o mayor del 50%. La puntuación total del ESTAD también reflejó un elevado porcentaje de cambio, concretamente un 86.3% y 43 participantes presentaron una mejoría igual o mayor del 50% respecto a su puntuación basal.

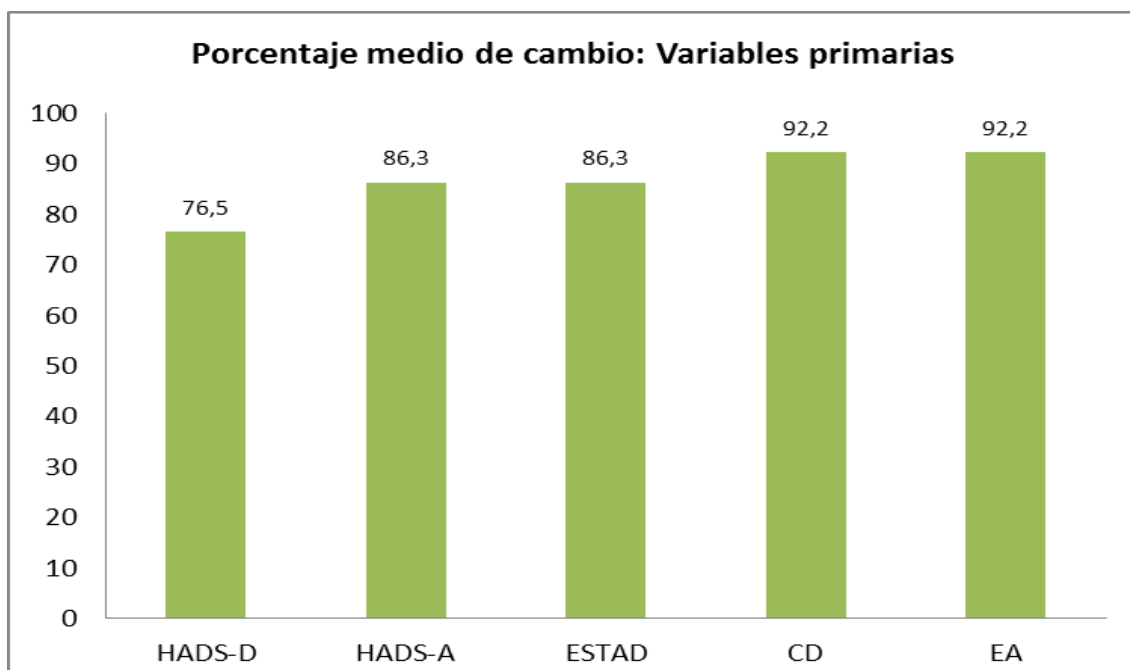


Figura 1.3. Porcentaje medio de cambio en las variables primarias. *Nota:* HADS-D = Escala hospitalaria de ansiedad y depresión subescala depresión; HADS-A = Escala hospitalaria de ansiedad y depresión subescala ansiedad; ESTAD = Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión; CD = Cuestionario de Depresión; EA = Escala de Ansiedad.

Cambios en las variables secundarias: Síntomas específicos de ansiedad y depresión

Para comprobar la segunda hipótesis se llevó a cabo un ANOVA de medidas repetidas. En relación a las variables relacionadas con el diagnóstico principal o comórbido, se observó una disminución significativa ($p < .05$) de todas las puntuaciones antes y después del tratamiento (véase la Tabla 1.7 y las Figuras 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9).

El tamaño del efecto, medido a través de los estadísticos η^2 al cuadrado parcial y d de Cohen, fue elevado en todos los trastornos secundarios, salvo en agorafobia y en el trastorno de ansiedad a la enfermedad que fue medio y en la subescala de contenidos del trastorno obsesivo-compulsivo que fue pequeño. El mayor tamaño del efecto se encontró en el trastorno de ansiedad generalizada estudiado a través del ESTAD (0.89 y 3.84, respectivamente), en las preocupaciones (asociadas al trastorno de ansiedad generalizada) evaluadas con el PSWQ-11

(0.87 y 3.07, respectivamente) y en el trastorno depresivo mayor según el ESTAD (0.85 y 3.05, respectivamente).

Tabla 1.7. Puntuaciones (medias y desviaciones típicas) pre y postratamiento de las variables secundarias, número de pacientes con una reducción de al menos el 50% de los síntomas tras la intervención y porcentaje medio de cambio. Tamaño del efecto (η^2 parcial y d de Cohen).

Variable	Pretratamiento	Postratamiento	n	%	$F(1.50)$	η^2_p	d (Cohen)
	M (DT)	M (DT)					
ESTAD-AG	4.08 (5.82)	1.18 (2.05)	36	71**	13.55*	0.21	0.66
ESTAD-TP	11.47 (7.79)	3.12 (3.10)	40	73**	63.60*	0.56	1.41
ESTAD-TAG	18.84 (3.98)	5.65 (2.76)	46	70**	392.26*	0.89	3.84
ESTAD-FS	7.86 (5.68)	3.39 (2.35)	27	57**	51.65*	0.59	1.02
ESTAD-TAE	8.27 (5.78)	5.12 (4.17)	23	38	43.76*	0.47	0.62
ESTAD-TDM	14.88 (3.99)	4.29 (2.87)	47	71**	282.95*	0.85	3.05
ESTAD-TOC-cont	1.82 (1.93)	1.20 (1.52)	36	34	11.96*	0.19	0.36
ESTAD-TOC-resp	3.00 (2.50)	1.27 (1.52)	39	58**	25.13*	0.33	0.84
PDSS-A	11.14 (9.22)	0.55 (2.10)	35	95**	68.55*	0.58	1.58
SIAS	23.88 (15.39)	12.27 (7.71)	20	49	31.45*	0.39	0.95
PSWQ-11	40.82 (7.78)	21.84 (4.02)	21	46	346.39*	0.87	3.07

Nota: ESTAD = Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión. AG = Agorafobia; TP = Trastorno de pánico; TAG = Trastorno de ansiedad generalizada; FS = Fobia social; TAE = Trastorno de ansiedad a la enfermedad; TDM = Trastorno depresivo mayor; TOC-cont = Trastorno obsesivo-compulsivo contenidos; TOC-resp = trastorno obsesivo-compulsivo respuestas; PDSS-A = Escala de Gravedad del Pánico-Abreviada; SIAS = Escala de Ansiedad en la Interacción Social; PSWQ-11 = Cuestionario de Preocupación Abreviado. **porcentaje de cambio superior al 50%. η^2_p = eta al cuadrado parcial. * $p < .05$.

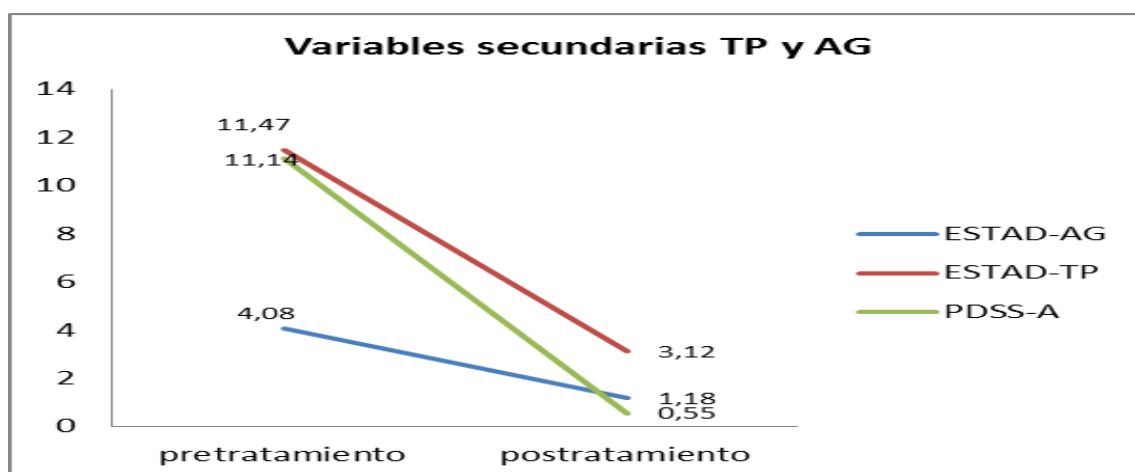


Figura 1.4. Diferencia pre/postratamiento en las variables secundarias. *Nota:* ESTAD = Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión. AG = Agorafobia; TP = Trastorno de pánico; PDSS-A = Escala de Gravedad del Pánico-Abreviada.

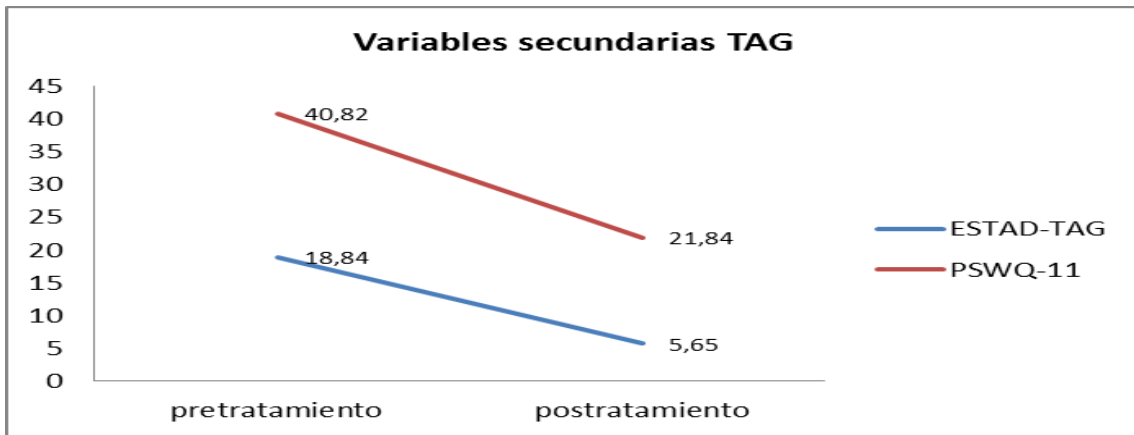


Figura 1.5. Diferencia pre/postratamiento en las variables secundarias. *Nota:* ESTAD = Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión. TAG = Trastorno de ansiedad generalizada; PSWQ-11 = Cuestionario de Preocupación Abreviado.

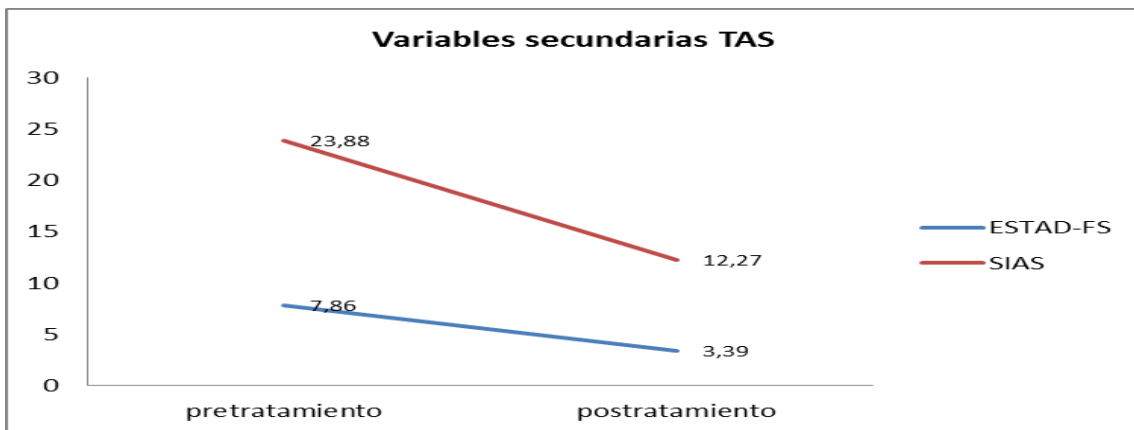


Figura 1.6. Diferencia pre/postratamiento en las variables secundarias. *Nota:* ESTAD = Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión. FS = Fobia social; SIAS = Escala de Ansiedad en la Interacción Social.

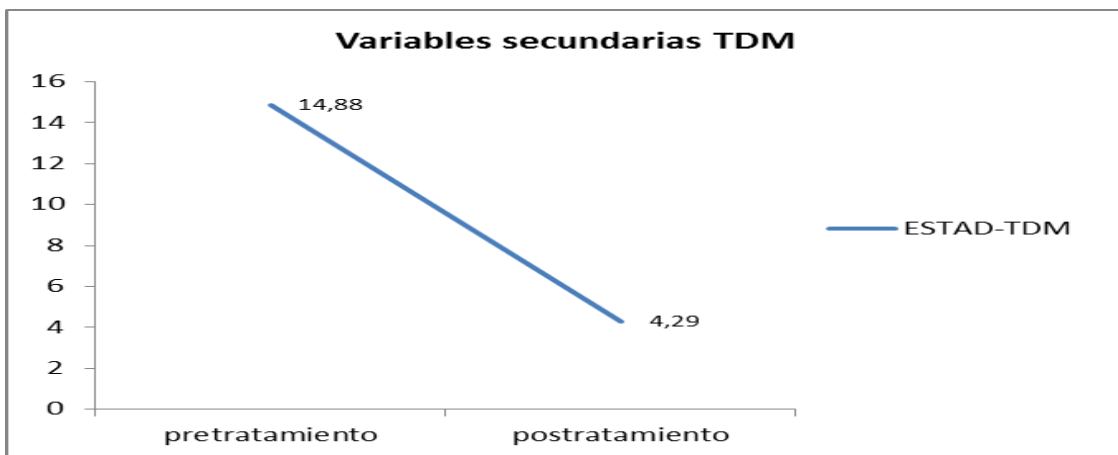


Figura 1.7. Diferencia pre/postratamiento en las variables secundarias. *Nota:* ESTAD = Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión. TDM = Trastorno depresivo mayor.

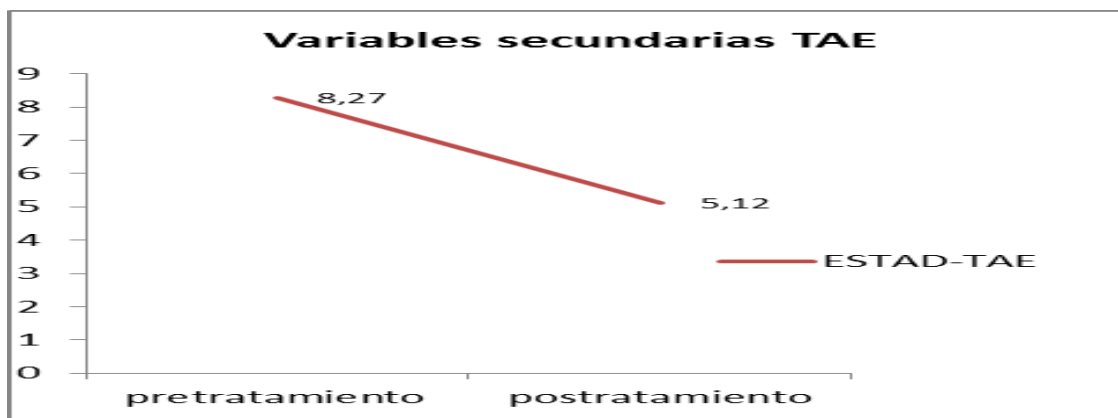


Figura 1.8. Diferencia pre/postratamiento en las variables secundarias. *Nota:* ESTAD = Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión. TAE = Trastorno de ansiedad a la enfermedad.

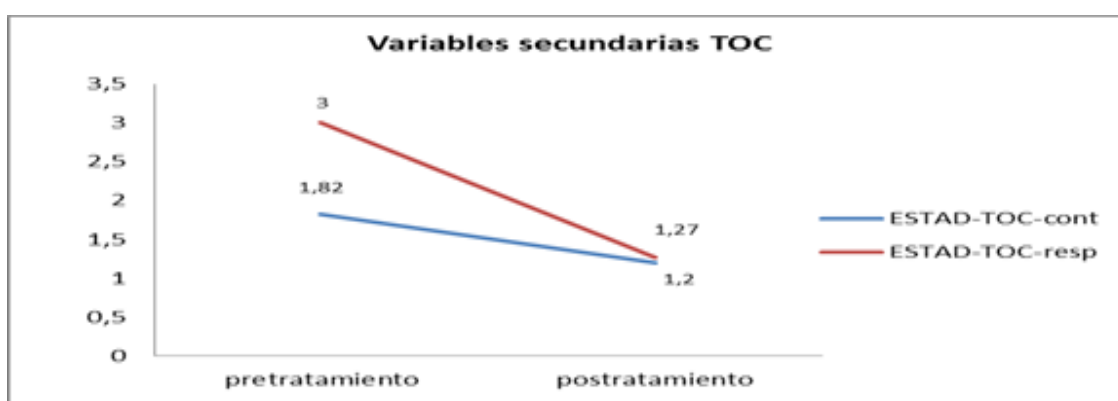


Figura 1.9. Diferencia pre/postratamiento en las variables secundarias. *Nota:* ESTAD = Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión. TOC-resp = Trastorno obsesivo-compulsivo respuestas.

En cuanto a los porcentajes de cambio en los síntomas específicos de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Figura 1.10), la sintomatología del trastorno de pánico medida a través del PDSS-A mejoró como media un 95% con respecto al valor inicial, 35 pacientes mostraron un porcentaje de cambio mayor o igual al 50% y 16 no experimentaron mejoría dado que no exhibían síntomas de pánico. El porcentaje medio de cambio para ese mismo trastorno, evaluado a través de la subescala trastorno de pánico del ESTAD, se situó en el 73% ($n = 40$). En la subescala de agorafobia del ESTAD y en la del trastorno de ansiedad generalizada se obtuvo un porcentaje de cambio medio del 70% ($n = 36$ y $n = 46$, respectivamente). De los pacientes con síntomas agorafóbicos, seis no superaron el porcentaje de mejoría establecido y nueve pacientes no experimentaron ninguna mejoría, dado que no manifestaban síntomas agorafóbicos. El menor porcentaje de cambio se encontró en el trastorno obsesivo-compulsivo y en el trastorno de ansiedad a la enfermedad, medidos a través de las correspondientes subescalas del ESTAD, y en los trastornos de ansiedad generalizada y de ansiedad social, evaluados a través del PSWQ-11 y SIAS, respectivamente.

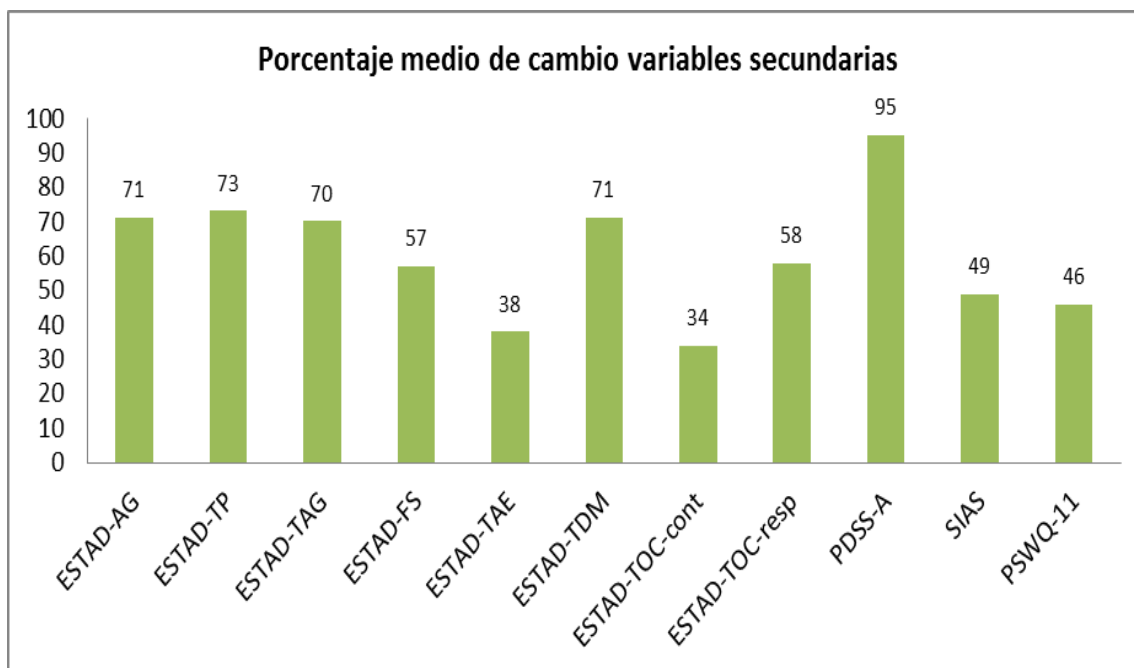


Figura 1.10. Porcentaje medio de cambio en las variables secundarias. *Nota:* ESTAD= Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión. AG = Agorafobia; TP = Trastorno de pánico; TAG = Trastorno de ansiedad generalizada; FS = Fobia social; TAE = Trastorno de ansiedad a la enfermedad; TDM = Trastorno depresivo mayor; TOC-cont/resp = Trastorno obsesivo-compulsivo contenidos/respuestas; PDSS-A = Escala de Gravedad del Pánico-Abreviada; SIAS = Escala de Ansiedad en la Interacción Social; PSWQ-11 = Cuestionario de Preocupación Abreviado.

Cambios en las variables transdiagnósticas

Para examinar la tercera hipótesis se aplicó un ANOVA de medidas repetidas incluyendo el tercer grupo de variables, compuesto por las variables transdiagnósticas incluidas en el estudio. Todas las diferencias entre las puntuaciones antes y después de la intervención en los constructos transdiagnósticos fueron significativas ($p < .05$) (véase la Tabla 1.8). Como puede apreciarse, todas las puntuaciones disminuyeron, salvo el afecto positivo que aumentó (Figura 1.11).

Los tamaños del efecto, estudiados a través de los estadísticos η^2 al cuadrado parcial y d de Cohen, fueron elevados en todos los casos. Según el estadístico empleado, la mayor magnitud se encontró en el afecto positivo estudiado a través del PANAS (0.87 y 3.01, respectivamente) o sobre el afecto negativo (0.83 y 3.12, respectivamente, aunque el valor de F fue mayor para el primero), seguidos, por orden, por la evitación emocional (0.86 y 0.20), por los pensamientos automáticos negativos (0.84 y 2.83), la evitación interoceptiva (0.67 y 1.23). El menor tamaño del efecto se dio en sensibilidad a la ansiedad, y dentro de este constructo, la magnitud del efecto fue mayor en la dimensión social (0.56 y 1.04), seguida por la física (0.46 y 0.87) y, por último, ligeramente menor en la dimensión cognitiva (0.42 y 0.80).

Tabla 1.8. Puntuaciones (medias y desviaciones típicas) pre y postratamiento de las variables transdiagnósticas. Tamaño del efecto (η^2 parcial y d de Cohen).

Variable	Pretratamiento	Postratamiento	$F(1,50)$	η^2_p	d (Cohen)
	M (DT)	M (DT)			
PANAS-P	20.02 (5.78)	34.76 (3.79)	341.88*	0.87	3.01
PANAS-N	33.57 (5.02)	18.96 (4.31)	235.34*	0.83	3.12
EEI	25.20 (14.49)	10.84 (8.05)	100.65*	0.67	1.23
EASI-A	38.73 (10.45)	20.20 (7.56)	295.71*	0.86	2.03
CPA-N	97.06 (14.07)	57.73 (13.72)	269.40*	0.84	2.83
ASI-3 Total	28.37 (14.49)	15.39 (10.43)	70.26*	0.58	1.03
Física	9.39 (5.37)	5.27 (3.98)	42.58*	0.46	0.87
Cognitiva	8.98 (5.95)	4.88 (4.17)	36.52*	0.42	0.80
Social	10.00 (5.33)	5.24 (3.63)	63.82*	0.56	1.04

Nota: PANAS = Escalas PANAS, AP = Afecto Positivo, AN = Afecto Negativo, EEI = Escala de Evitación Interoceptiva; EASI-A = Inventario de evitación emocional para adolescentes; CPA-N = Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos; ASI-3 = Índice de Sensibilidad a la Ansiedad. η^2_p = eta al cuadrado parcial. * $p < .05$.

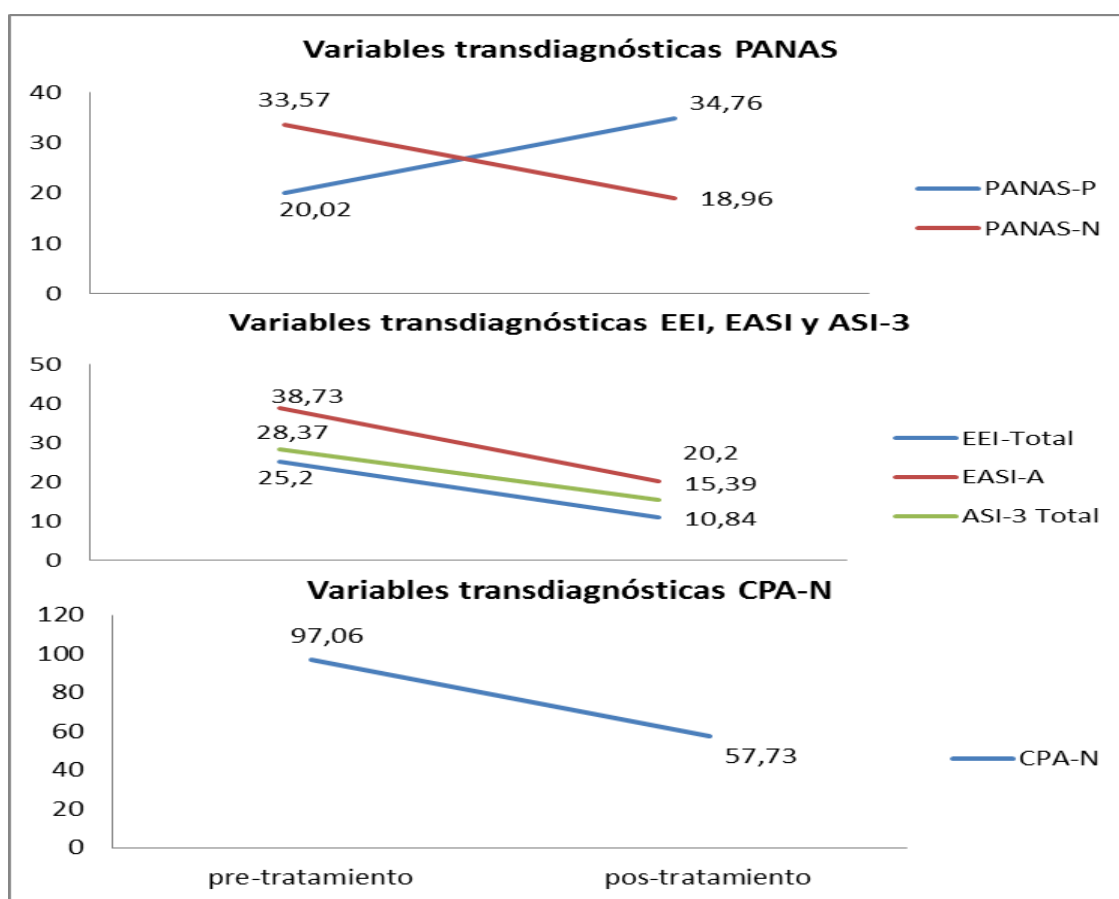


Figura 1.11. Diferencia pre/postratamiento en las variables transdiagnósticas. Nota: PANAS = Escalas PANAS, AP = Afecto Positivo; N = Afecto Negativo, EEI = Escala de Evitación Interoceptiva; EASI-A = Inventario de evitación emocional para adolescentes; ASI-3 = Índice de Sensibilidad a la Ansiedad; CPA-N = Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos.

Cambios en las variables de estimación clínica

El cuarto grupo de variables estaba compuesto por las variables de estimación clínica medidas a través de los cuestionarios cumplimentados por el profesional de referencia que realizó la derivación al tratamiento UP. Inicialmente se expondrán los resultados obtenidos en el cuestionario FAST a través del ANOVA de medidas repetidas, para posteriormente describir los datos hallados en el diagnóstico principal y comórbido, y en las escalas EEAG e ICG.

Como puede observarse en la Tabla 1.9 y en la Figura 1.12, todas las puntuaciones en el cuestionario FAST disminuyeron de manera significativa ($p < .05$), reduciéndose de este modo las dificultades en la actividad global y aumentando el funcionamiento en los ámbitos como la autonomía, el laboral, el cognitivo, el manejo de las finanzas, el relacional y el ocio. Las diferencias entre las puntuaciones iniciales y las finales fueron estadísticamente significativas en todas las áreas, y el mayor tamaño del efecto, medido a través de η^2 al cuadrado parcial y d de Cohen, se encontró para el funcionamiento laboral (0.58 y 1.12), seguido por el funcionamiento autónomo (0.49 y 0.91). La menor magnitud del efecto se encontró en el manejo de las finanzas (0.12 y 0.31).

Tabla 1.9. Puntuaciones (medias y desviaciones típicas) pre y postratamiento de las variables de estimación clínica (FAST). Tamaño del efecto (η^2 parcial y d de Cohen).

Variable	Pretratamiento	Postratamiento	$F(1,50)$	η^2_p	d (Cohen)
	M (DT)	M (DT)			
FAST Total	26.06 (9.244)	13.94 (6.414)	135.41*	0.73	1.52
Autonomía	3.06 (2.873)	0.98 (1.490)	47.97*	0.49	0.91
Laboral	5.80 (2.967)	2.82 (2.295)	67.62*	0.58	1.12
Cognitivo	5.22 (3.233)	2.75 (2.432)	43.15*	0.46	0.86
Finanzas	0.61 (1.343)	0.24 (1.012)	6.82*	0.12	0.31
Relaciones	8.04 (3.020)	5.37 (2.698)	36.61*	0.42	0.93
Ocio	3.33 (1.608)	1.78 (1.316)	49.10*	0.50	1.05

Nota: FAST = Prueba breve de evaluación del funcionamiento. η^2_p = η^2 al cuadrado parcial. * $p < .05$.

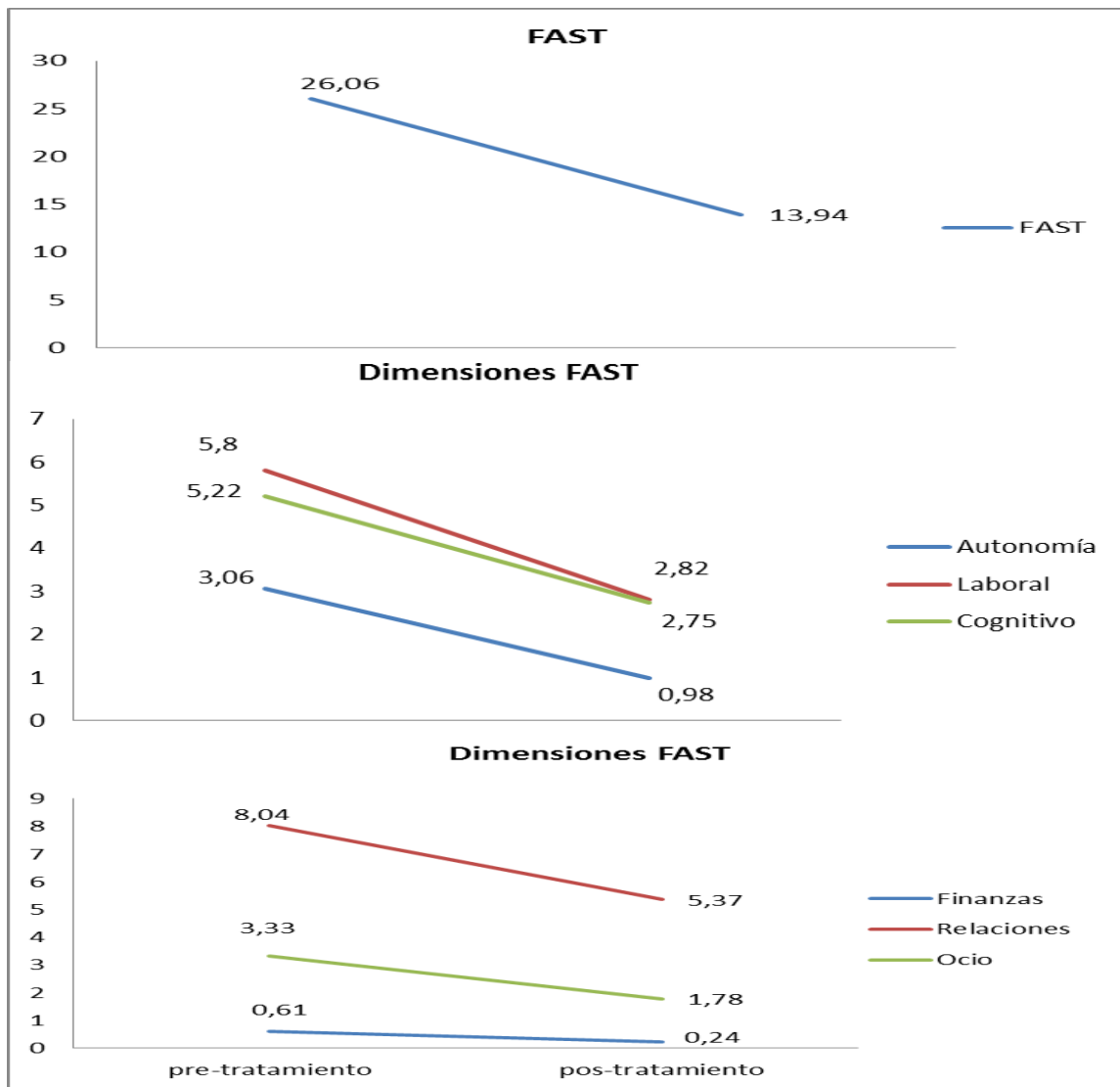


Figura 1.12. Diferencia pre/postratamiento en FAST. *Nota:* FAST = Prueba breve de evaluación del funcionamiento.

A continuación nos ceñiremos a los datos relativos al diagnóstico clínico según en el DSM-5 principal y comórbido. Como puede observarse en la Tabla 1.10 el diagnóstico principal, que había motivado la demanda asistencial y de mayor gravedad, desapareció en el 86.3% de los casos ($n = 44$). El restante 13.7% de los pacientes ($n = 7$) continuó cumpliendo criterios para el diagnóstico principal; concretamente, cuatro pacientes presentaban criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor recidivante, dos pacientes para el trastorno de ansiedad generalizada y uno continuó experimentando los síntomas asociados al trastorno de pánico.

Respecto a la evolución de los diagnósticos comórbidos, tres pacientes (5.9%) continuaron con uno o más de los diagnósticos presentes antes de la aplicación del protocolo, lo que supone que un 94.1% ($n = 48$) de la muestra dejó de cumplir los criterios del segundo diagnóstico y un 5.9% de los pacientes mantuvo uno de los diagnósticos comórbidos. En ningún

caso persistió la comorbilidad múltiple o compleja, sino que en algunos pacientes mantuvieron uno o dos diagnósticos comórbidos, pero en ningún caso se mantuvieron todos los iniciales. Los diagnósticos comórbidos refractarios al tratamiento fueron la fobia social, que persistió en un 3.9% de los casos ($n = 2$), y el trastorno de ansiedad generalizada, en un 2% ($n = 1$).

Tabla 1.10. Número y porcentaje de pacientes que presentan y han dejado de presentar el diagnóstico principal y comórbido tras la aplicación del UP.

	Sin diagnóstico		Mantiene diagnóstico	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Diagnóstico principal	44	86.3	7	13.7
Trastorno depresivo mayor episodio único			0	
Trastorno depresivo mayor recurrente			4	
Trastorno de pánico			1	
Agorafobia			0	
Trastorno de ansiedad social			0	
Trastorno de ansiedad generalizada			2	
Diagnósticos comórbidos	48	94.1	3	5.9
Trastorno depresivo mayor episodio único			0	
Trastorno depresivo mayor recurrente			0	
Trastorno depresivo persistente			0	
Trastorno de pánico			0	
Agorafobia			0	
Trastorno de ansiedad social			2	
Trastorno de ansiedad generalizada			1	

En la evaluación realizada por el clínico utilizando la escala EEAG del DSM-IV-TR para la valoración de la actividad global, se comprobó que 50 pacientes (98%) mejoraron su nivel de funcionamiento tras la aplicación del UP y solo un paciente la mantuvo igual que al comienzo de la intervención (2%) (Tabla 1.11). La moda de la disminución fue 20, lo que significaría que en una escala del 0-100, en la que 0 denota un nulo funcionamiento y 100 el mejor funcionamiento posible, los pacientes mejoraron veinte puntos, que equivaldría a dos categorías dentro de la escala del EEAG, por encima del nivel basal. Teniendo en cuenta que la puntuación mínima encontrada en la muestra, es decir, que el paciente con peor actividad global se situó en 60 puntos, el aumento de dos categorías se considera muy positivo.

Tabla 1.11. Cambio en EEAG.

EEAG	Pretratamiento		Postratamiento	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	<i>X</i>
100-91. Actividad satisfactoria. Sin síntomas.	0	0	6	11.8
90-81. Síntomas ausentes o mínimos.	0	0	12	23.5
80-71. Síntomas transitorios y reacciones esperables.	1	2	19	37.3
70-61. Algunos síntomas leves.	9	17.6	13	25.5
60-71. Síntomas moderados.	31	60.8	1	2
50-41. Síntomas graves	10	19.6	0	0
40-0. Importante gravedad clínica.	0	0	0	0

Nota: EEAG= Escala de Evaluación de la Actividad Global según el DSM-IV-TR.

Si se observa el flujo de pacientes (Figura 1.13) que han permanecido o cambiado de categoría tras la aplicación del UP, se comprueba que el paciente que se mantuvo en la misma categoría se situaba en un nivel de funcionamiento entre 80-71, que se consideraría de por sí un buen funcionamiento, mientras que todos los restantes pacientes situados en categorías correspondientes a un peor funcionamiento psicosocial mejoraron entre una y cuatro categorías.

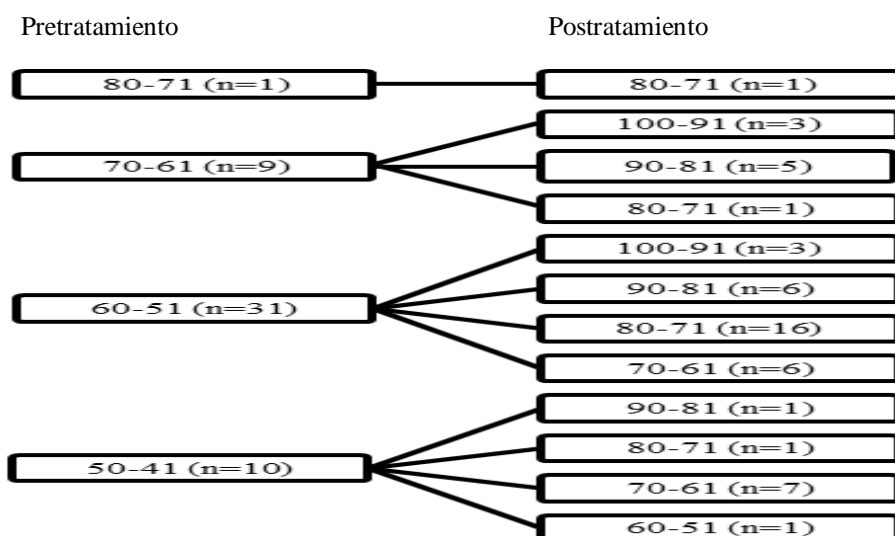


Figura 1.13. Flujo de las puntuaciones de los pacientes en EEAG antes y después de la intervención.

Respecto al índice de mejoría global (Tabla 1.12), en el análisis de la subescala gravedad de la enfermedad se encontró antes de la intervención una moda equivalente a la puntuación 4 “moderadamente enfermo”. La menor gravedad encontrada al comienzo de la intervención se correspondía con “levemente enfermo” y la mayor con “marcadamente enfermo”. La puntuación fue decreciendo, lo que significa una mejoría en cuanto a gravedad clínica, siendo la moda del cambio 2 (mejora de dos categorías). Tras la aplicación del UP un 25% ($n = 25$) de los pacientes fue etiquetado como “normal, no enfermo”. Las cifras de potencial mejoría aumentan si se incluyen a los pacientes categorizados como “dudosamente enfermo”, en este caso el porcentaje acumulado se situaría tras el seguimiento del 68.6% ($n = 35$). Tan solo cinco pacientes (9.8%) fueron evaluados como “moderadamente enfermos”.

Tabla 1.12. Cambio en ICG-gravedad clínica.

ICG-gravedad clínica	Pretratamiento		Postratamiento	
	N	%	N	%
1. Normal, no enfermo	0	0	25	49
2. Dudosamente enfermo	0	0	10	19.6
3. Levemente enfermo	9	17.6	11	21.6
4. Moderadamente enfermo	30	58.8	5	9.8
5. Marcadamente enfermo	12	23.5	0	0
6. Gravemente enfermo	0	0	0	0
7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos	0	0	0	0

Nota: ICG = Escala de Impresión Clínica Global.

En la Figura 1.14 puede observarse el flujo de pacientes a lo largo de la intervención. De los doce considerados inicialmente como “marcadamente enfermos”, tres mantuvieron la misma valoración clínica; de los 30 pacientes categorizados como “moderadamente enfermos”, dos continuaron siendo considerados como “moderadamente enfermos” tras la intervención; por lo tanto, solo cinco pacientes no experimentaron mejoría y 46 mejoraron su gravedad clínica.

Respecto a la segunda subescala del ICG, todos los pacientes experimentaron una mejoría clínica tras la intervención, por lo que no se produjo ningún empeoramiento (Tabla 1.13). El valor más frecuente se correspondió con la categoría “mucho mejor” (76%, $n = 39$), seguido por las categorías “moderadamente mejor” (19.6%, $n = 10$) y “levemente mejor” (3.9%, $n = 2$).

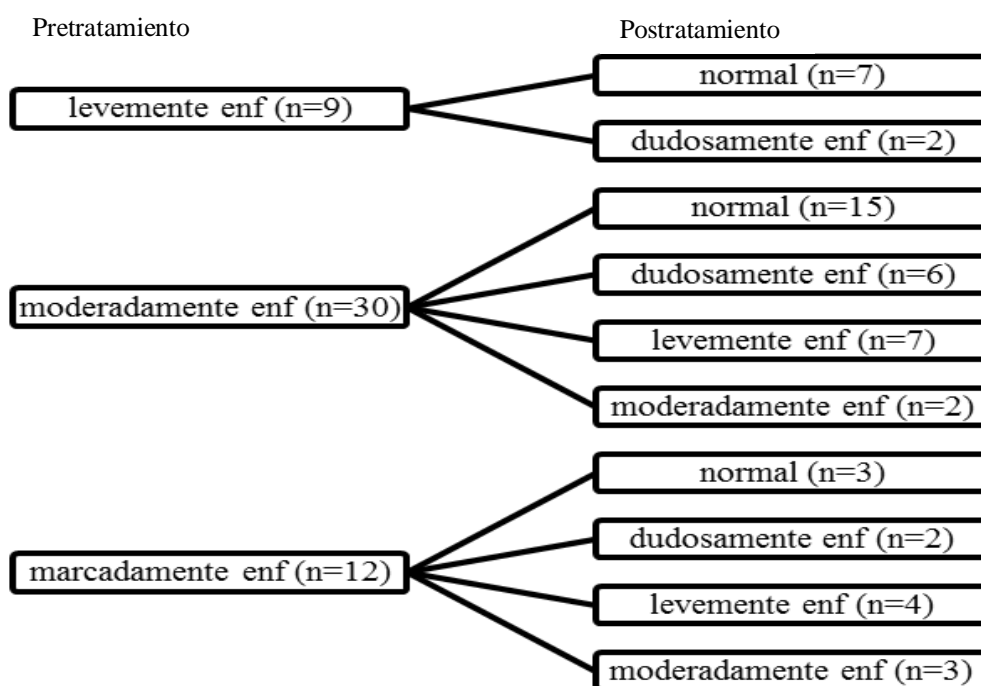


Figura 1.14. Flujo de las puntuaciones de los pacientes en ICG-gravedad clínica antes y después de la intervención.

Tabla 1.13. Cambio en ICG-mejoría global.

ICG-mejoría global	Postratamiento	
	<i>N</i>	%
1. Mucho mejor	39	76.5
2. Moderadamente mejor	10	19.6
3. Levemente mejor	2	3.9
4. Sin cambios	0	0
5. Levemente peor	0	0
6. Moderadamente peor	0	0
7. Mucho peor	0	0

Nota: ICG = Escala de Impresión Clínica Global.

1.3.2. Seguimiento a los tres y seis meses

Durante los dos periodos de seguimiento, a los tres y a los seis meses de terminar la intervención, se recogieron nuevamente datos sobre las variables genéricas o primarias de ansiedad y depresión, a través de los cuestionarios EA y CD respectivamente, sobre el constructo transdiagnóstico de sensibilidad a la ansiedad, medido a través del cuestionario ASI-3, y sobre el funcionamiento psicosocial y la mejoría clínica, solicitándose al profesional de referencia la cumplimentación de las escalas FAST, EEAG e ICG y la realización del diagnóstico clínico. Para comprobar la primera, tercera y cuarta hipótesis, en lo que respecta al posible mantenimiento a medio plazo, durante el seguimiento, de las ganancias asociadas a la aplicación del UP en los tres tipos de medidas (genéricas, transdiagnósticas y de estimación clínica), se realizó un ANOVA de medidas repetidas con tres momentos temporales: después, a los tres meses y a los seis meses del tratamiento.

Debido a la pérdida de muestra durante el seguimiento, se empleó el método *Last observation carried forward* (LOCF) para tener en cuenta la intención de tratar y se anotaron como resultado los valores obtenidos en la prueba cumplimentada por el paciente inmediatamente anterior a su abandono (p.ej. en el caso de un paciente que no asistió al seguimiento de los tres meses, se incluyeron las puntuaciones del postratamiento, y en el caso de un paciente que no asistió al seguimiento de los seis meses, se computaron aquellas del seguimiento de los tres meses).

Los datos recogidos indicaron que la mejoría hallada tras la aplicación del UP se mantuvo e, incluso, en varias medidas las ganancias y la mejoría continuaron aumentando y las puntuaciones en los cuestionarios siguieron reduciéndose. Se compararon con la puntuación pretratamiento aquellas de los tres momentos temporales posteriores (pos, 3 meses y 6 meses), se computaron los tamaños del efecto de los cuatro cuestionarios y se analizaron las diferencias entre los tres momentos a través de la prueba *post hoc* de Bonferroni.

Si se observan los datos relativos a las diferencias entre las puntuaciones medias del postratamiento y aquellas obtenidas a los tres y seis meses de la aplicación del UP, es decir tras el seguimiento, varias diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < .05$) usando el método Greenhouse-Geisser y en algunos casos la mejoría continuó ascendiendo, generalmente cuando se comparó la puntuación postratamiento con la obtenida a los tres meses de seguimiento (Tabla 1.14).

Tabla 1.14. Puntuaciones (medias y desviaciones típicas) postratamiento y del seguimiento de las variables primarias, transdiagnósticas y de estimación clínica. Tamaño del efecto de las comparaciones postratamiento y seguimiento (*d* de Cohen).

Variable	Postratamiento <i>M</i> (<i>DT</i>)	3 meses <i>M</i> (<i>DT</i>)	6 meses <i>M</i> (<i>DT</i>)	<i>F</i> (1,50)	Post/3meses <i>d</i> (Cohen)	Post/6meses <i>d</i> (Cohen)
CD	11.78 (7.40) ^a	9.90 (5.50) ^b	8.80 (5.32) ^b	10.92*	0.28	0.45
EA	8.75 (3.52) ^a	7.78 (4.33) ^b	7.00 (3.99) ^b	10.43*	0.25	0.47
ASI-3	15.39 (10.43) ^a	12.33 (8.77) ^b	11.39 (6.68) ^b	17.59*	0.32	0.46
Física	5.27 (3.98) ^a	4.35 (3.08) ^b	4.25 (2.99) ^b	3.90*	0.26	0.29
Cognitiva	4.88 (4.17) ^a	3.67 (3.37) ^b	3.18 (3.20) ^b	14.79*	0.32	0.46
Social	5.24 (3.63) ^a	4.31 (3.40) ^b	3.96 (2.53) ^b	10.14*	0.26	0.41
FAST	13.94 (6.41) ^a	11.29 (5.71) ^b	10.39 (5.76) ^c	30.08*	0.19	0.44
Autonomía	0.98 (1.49) ^a	0.39 (1.27) ^b	0.35 (1.00) ^b	15.99*	0.12	0.43
Laboral	2.82 (2.30) ^a	2.24 (2.40) ^b	1.75 (2.25) ^c	13.65*	0.13	0.25
Cognitivo	2.75 (2.43) ^a	1.94 (2.20) ^b	1.82 (2.20) ^b	10.10*	0.11	0.35
Finanzas	0.24 (1.01) ^a	0.22 (0.70) ^a	0.22 (0.88) ^a	0.05	0.04	0.02
Relaciones	5.37 (2.70) ^a	4.98 (2.51) ^a	4.69 (2.52) ^a	3.48	0.11	0.15
Ocio	1.78 (1.32) ^a	1.53 (1.35) ^a	1.57 (1.35) ^a	2.21	0.12	0.19

Nota: CD = Cuestionario de Depresión; EA = Escalas de Ansiedad; ASI-3 = Índice de Sensibilidad a la Ansiedad. FAST = Prueba breve de evaluación del funcionamiento. Las medias que comparten superíndice no muestran diferencias estadísticamente significativas entre sí. **p* < .05.

Ciñéndonos a las variables genéricas de los trastornos emocionales, la depresión y la ansiedad disminuyeron en los tres momentos temporales posteriores a la aplicación del UP y la diferencia entre el postratamiento y la puntuación a los tres meses fue significativa. El tamaño del efecto a los seis meses fue 0.47 en ansiedad y 0.45 en depresión. En la Figura 1.15 aparece la evolución de la depresión y la ansiedad a lo largo de la intervención y el seguimiento.

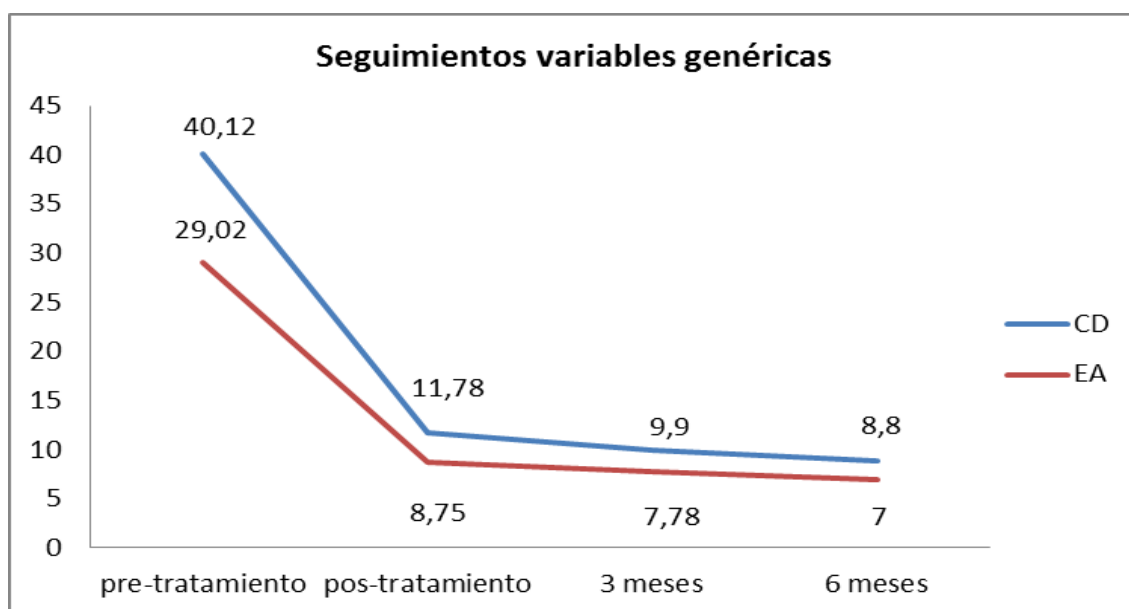


Figura 1.15. Diferencia pre/postratamiento y seguimiento en depresión y ansiedad. *Nota:* CD = Cuestionario de Depresión; EA = Escala de Ansiedad.

El constructo transdiagnóstico de sensibilidad a la ansiedad fue disminuyendo tras la intervención y continuo produciéndose una paulatina reducción a lo largo de los siguientes seis

meses. La diferencia entre el postratamiento y la de los tres meses fue estadísticamente significativa y el tamaño del efecto fue de 0.46. Con respecto a las tres dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad (física, cognitiva y social), todas puntuaciones se redujeron tras la aplicación del UP de manera significativa hasta los tres meses, la diferencia no fue significativa al comparar la puntuación del seguimiento a los tres y a los seis meses. Durante el seguimiento disminuyó en mayor medida la dimensión cognitiva, seguida por la física; la dimensión social se mantuvo constante con tamaño del efecto pequeño. En la Figura 1.16 se expone la evolución de la sensibilidad a la ansiedad y de sus tres dimensiones a lo largo de la intervención y durante el seguimiento.

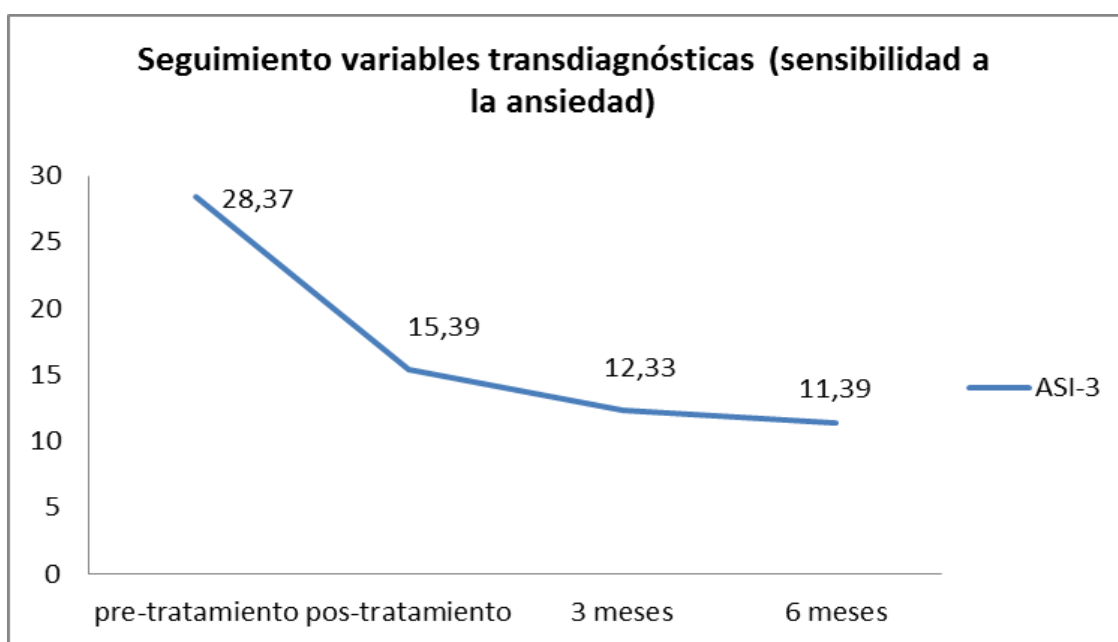


Figura 1.16. Diferencia pre/postratamiento y seguimiento en sensibilidad a la ansiedad. *Nota:* ASI-3 = Índice de Sensibilidad a la Ansiedad.

Si analizamos el cambio en el diagnóstico clínico principal y comórbido, basado en el DSM-5, efectuado por el profesional de referencia, se puede comprobar que los pacientes continuaron experimentando mejoría clínica (Tabla 1.15). Concretamente, dos de los cuatro pacientes que en el postratamiento mantenían el diagnóstico de trastorno depresivo recurrente y uno de los dos que exhibía trastorno de ansiedad generalizada, dejaron de cumplir criterios durante el seguimiento. Por lo que el porcentaje de pacientes sin diagnóstico principal a los tres y seis meses ascendió al 92.2%. En cuanto a los diagnósticos comórbidos, de los tres pacientes que mantenían un diagnóstico comórbido tras la intervención, el que presentaba trastorno de ansiedad generalizada no mantenía criterios para ese diagnóstico, y solo los dos pacientes, que presentaban trastorno de ansiedad social, mantuvieron el diagnóstico en el seguimiento,

aumentando el porcentaje de pacientes sin diagnóstico comórbido al 96%. No hubo diferencias al comparar los datos del seguimiento; los porcentajes se mantuvieron igual.

Tabla 1.15. Número y porcentaje de pacientes que presentan y han dejado de presentar el diagnóstico principal y comórbido tras la aplicación del UP, a los tres y a los seis meses.

	Postratamiento				3 meses y 6 meses			
	Sin diagnóstico		Mantiene diagnóstico		Sin diagnóstico		Mantiene diagnóstico	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Diagnóstico principal	44	86.3	7	13.7	47	92.2	4	7.8
Trastorno depresivo mayor episodio único			0				0	
Trastorno depresivo mayor recurrente			4				2	
Trastorno de pánico			1				1	
Agorafobia			0				0	
Trastorno de ansiedad social			0				0	
Trastorno de ansiedad generalizada			2				1	
Diagnósticos comórbidos	48	94.1	3	5.9	49	96	2	4
Trastorno depresivo mayor episodio único			0				0	
Trastorno depresivo mayor recurrente			0				0	
Trastorno depresivo persistente			0				0	
Trastorno de pánico			0				0	
Agorafobia			0				0	
Trastorno de ansiedad social			2				2	
Trastorno de ansiedad generalizada			1				0	

En cuanto a las variables de estimación clínica, el funcionamiento global continuó disminuyendo (Figura 1.17) y todas las diferencias entre los cuatro momentos temporales en FAST fueron estadísticamente significativas; el tamaño del efecto fue de 0.75 (η^2_p) y 0.15 (*d* de Cohen).

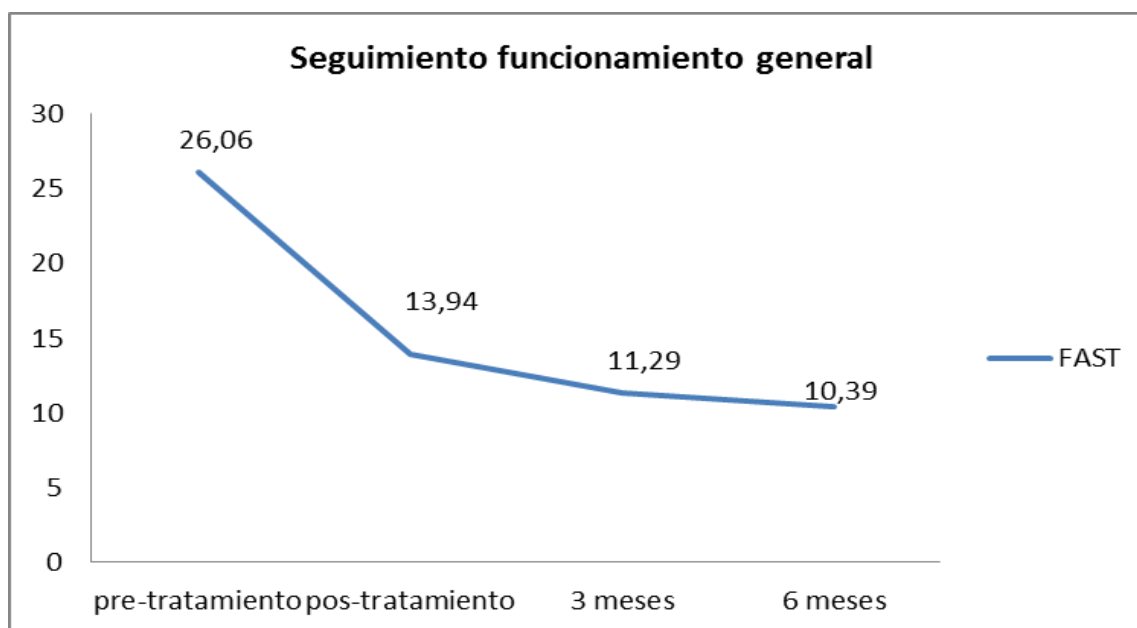


Figura 1.17: Diferencia pre/postratamiento y seguimiento en funcionamiento general. Nota: FAST = Prueba breve de funcionamiento general.

En relación a las dimensiones concretas del funcionamiento global, las diferencias de las puntuaciones del postratamiento y a los tres meses en autonomía y funcionamiento cognitivo fueron significativas en autonomía y funcionamiento cognitivo (véase la Tabla 1.14). La puntuación en funcionamiento laboral continuó mejorando en cada momento de evaluación y, por último, en las áreas finanzas, relaciones y ocio no se encontraron diferencias significativas una vez finalizada la intervención, sino que las ganancias se mantuvieron estables. Los menores tamaños del efecto tras la intervención se dieron en finanzas y relaciones, y los mayores en autonomía y en funcionamiento cognitivo.

La actividad global, evaluada a través de la escala EEAG del DSM-IV-TR, continuó mejorando a lo largo del seguimiento a los tres y seis meses, siendo la moda 3 (Tabla 1.16, Figura 1.18). Un 25.5% del total de la muestra presentó tras la intervención un funcionamiento muy satisfactorio, y en un porcentaje acumulado del 60.8% de la muestra desaparecieron los síntomas o éstos fueron mínimos.

Tabla 1.16. Número y porcentaje de pacientes en cada categoría de EEAG durante el seguimiento.

EEAG	Pretratamiento		Postratamiento		3 meses		6 meses	
	N	%	N	X	N	%	N	%
100-91. Actividad satisfactoria. Sin síntomas	0	0	6	11.8	12	23.5	13	25.5
90-81. Síntomas ausentes/ mínimos	0	0	12	23.5	13	25.5	18	35.3
80-71. Síntomas transitorios	1	2	19	37.3	17	33.3	11	21.6
70-61. Algunos síntomas leves	9	17.6	13	25.5	9	17.6	9	17.6
60-71. Síntomas moderados	31	60.8	1	2	0	0	0	0
50-41. Síntomas graves	10	19.6	0	0	0	0	0	0
40-0. Importante gravedad clínica	0	0	0	0	0	0	0	0

Nota: EEAG= Escala de Evaluación de la Actividad Global según el DSM-IV-TR.

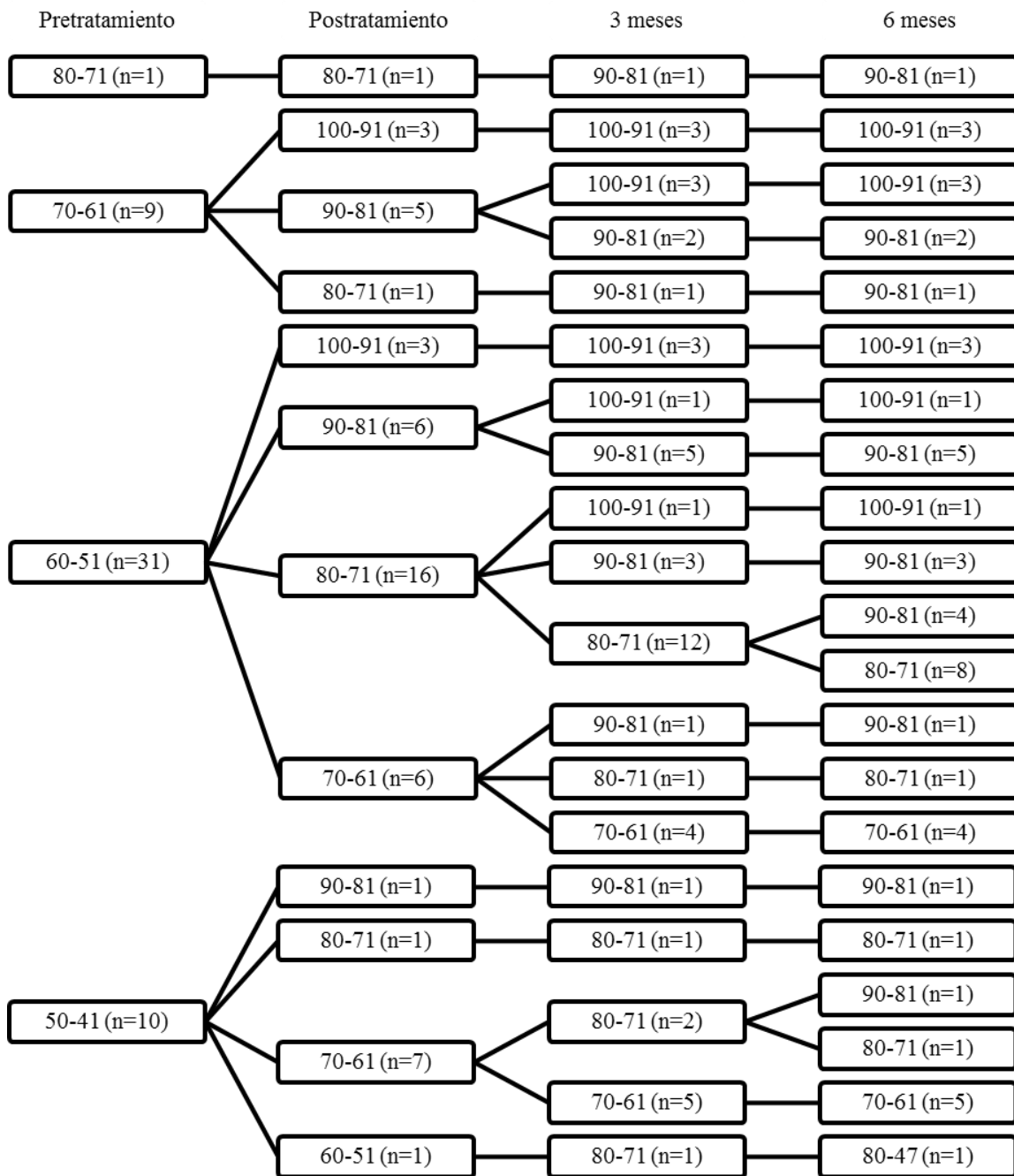


Figura 1.18. Flujo de las puntuaciones de los pacientes en EEAG según el DSM-IV-TR antes, después, a los tres y a los seis meses de la intervención.

En la subescala del ICG de gravedad clínica la mayoría de pacientes continuó mejorando tras la intervención (Tabla 1.17), de tal forma que al final del tratamiento 25 pacientes fueron evaluados como “normal, no enfermos” y a los tres meses de la intervención otros cuatro pacientes ($n = 29$) fueron incluidos en esa categoría. Al observar las distintas categorías de gravedad clínica, se comprobó que a los tres meses dos pacientes más fueron categorizados como “dudosamente enfermos”, dos pacientes dejaron de ser concebidos como “levemente enfermos” y cuatro pacientes dejaron de ser codificados como “moderadamente

enfermos”. Observando los resultados del segundo seguimiento, a los 6 meses el porcentaje total de pacientes categorizados como “normales, no enfermos” se incrementa al 58.8% ($n = 30$). Si a esa cifra se le computan los pacientes etiquetados como “dudosamente enfermos” el porcentaje acumulado supondría el 76.4% ($n = 39$) y si se incluyen así mismo aquellos evaluados como “levemente enfermos”, el porcentaje asciende al 98% ($n = 49$). Solo un paciente (2%) se mantuvo durante el seguimiento en la categoría “moderadamente enfermo” sin modificar su gravedad clínica a pesar de la intervención; ninguno de los participantes empeoró en cuanto a la gravedad clínica mostrada al comienzo del tratamiento. En la Figura 1.19 aparece el flujo de pacientes a lo largo de la intervención y del seguimiento.

Tabla 1.17. Cambio en ICG-gravedad clínica.

ICG-gravedad clínica	Pretratamiento		Postratamiento		3 meses		6 meses	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Normal, no enfermo	0	0	25	49	29	56.9	30	58.8
2. Dudosamente enfermo	0	0	10	19.6	12	23.5	9	17.6
3. Levemente enfermo	9	17.6	11	21.6	9	17.6	11	21.6
4. Moderadamente enfermo	30	58.8	5	9.8	1	2	1	2
5. Marcadamente enfermo	12	23.5	0	0	0	0	0	0
6. Gravemente enfermo	0	0	0	0	0	0	0	0
7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos	0	0	0	0	0	0	0	0

Nota: ICG = Escala de Impresión Clínica Global.

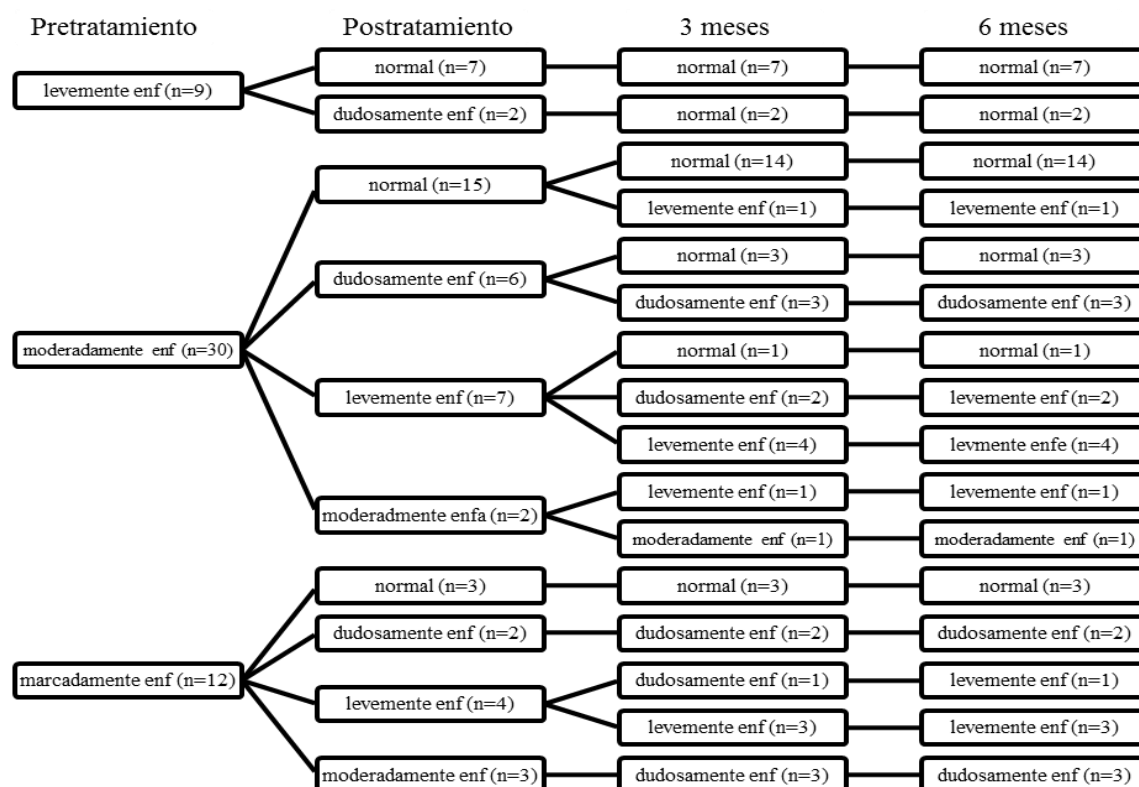


Figura 1.19. Flujo de las puntuaciones de los pacientes en ICG-gravedad clínica antes, después, a los tres y a los seis meses de la intervención.

La segunda dimensión evaluada a través de la Escala ICG se correspondía con la mejoría clínica global. Las ganancias continuaron aumentando una vez finalizada la intervención (Tabla 1.18). Encontramos que el valor más frecuente suele corresponderse con la categoría “mucho mejor” en los tres momentos temporales estudiados (tras la intervención, a los tres y seis meses de seguimiento): un 90.2% ($n = 44$) de los pacientes fue etiquetados tras el seguimiento como “mucho mejor” y el 100% de los pacientes fue incluido bajo las categorías “mucho mejor” o “moderadamente mejor” a los tres y seis meses de la intervención, produciéndose nuevamente una ligera mejoría una vez finalizada la intervención que se mantiene a los 6 meses. En la Figura 1.20 se expone el flujo de pacientes.

Tabla 1.18. Cambio en ICG-mejoría global.

ICG-mejoría global	Postratamiento		3 meses		6 meses	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
1. Mucho mejor	39	76.5	44	90.2	44	90.2
2. Moderadamente mejor	10	19.6	7	13.7	7	13.7
3. Levemente mejor	2	3.9	0	0	0	0
4. Sin cambios	0	0	0	0	0	0
5. Levemente peor	0	0	0	0	0	0
6. Moderadamente peor	0	0	0	0	0	0
7. Mucho peor	0	0	0	0	0	0

Nota: ICG = Escala de Impresión Clínica Global.

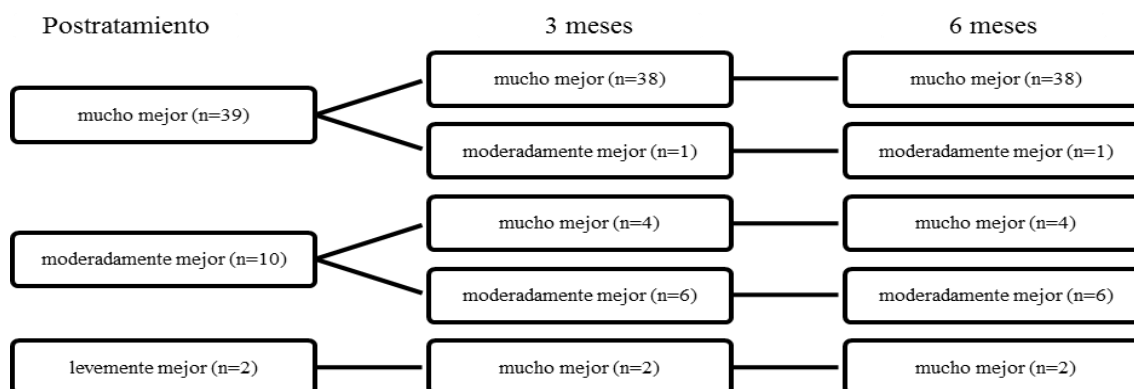


Figura 1.20. Flujo de las puntuaciones de los pacientes en ICG-mejoría global antes, después, a los tres y a los seis meses de la intervención.

1.3.3. Satisfacción con el tratamiento, percepción de mejoría, dificultades y sugerencias de mejora

Para someter a evaluación la quinta hipótesis, relacionada con la percepción subjetiva de satisfacción y mejoría, se analizaron los resultados obtenidos en cada pregunta de la encuesta

anónima creada *ad hoc* que los pacientes debían cumplimentar una vez finalizada la intervención. De los 51 pacientes que finalizaron la intervención un 78.43% respondió la encuesta ($n = 40$).

Una vez finalizada la intervención la percepción de mejoría fue elevada; los resultados en el ítem sitúan la puntuación media en 7.85 sobre 10 puntos ($DT = 1.25$), siendo 6 el valor mínimo encontrado, 10 el máximo y 8 la moda y la mediana. Un 12.5% ($n = 5$) evaluó su mejoría subjetiva con un 6, un 30% ($n = 12$) con un 7, un 35% ($n = 14$) con un 8, y, finalmente, un 5% ($n = 2$) y un 17.5% ($n = 7$) clasificaron su percepción de mejoría con un 9 y 10, respectivamente. En la Tabla 1.19 puede observarse la distribución de las distintas valoraciones de mejoría subjetiva realizadas por los pacientes.

Tabla 1.19. Percepción subjetiva de mejoría.

Percepción de mejoría	<i>N</i>	%	% acumulado
1-5	0	0	0
6	5	12.5	12.5
7	12	30	42.5
8	14	35	77.5
9	2	5	82.5
10	7	17.5	100

En cuanto a la valoración del tratamiento recibido, los participantes mostraron un alto nivel de satisfacción (Tabla 1.20). La puntuación media de la satisfacción global fue de 8.73 sobre 10 ($DT = 1.15$), la mediana 9 y la moda 10. La evaluación más baja fue un 7 y la más elevada un 10. Un 17.5% ($n = 7$) indicó una satisfacción de 7, un 30% ($n = 12$) de 8, un 15% ($n = 6$) de 9 y, por último, un 37.5% ($n = 15$), calificó su satisfacción con la mayor puntuación posible, es decir, 10.

Tabla 1.20. Satisfacción con la intervención

Satisfacción con la intervención	<i>N</i>	%	% acumulado
1-6	0	0	0
7	7	17.5	17.5
8	12	30	47.5
9	6	15	62.5
10	15	37.5	100

Las estrategias de intervención planteadas durante los distintos módulos que los pacientes consideraron de mayor utilidad se podrían clasificar en función de dos parámetros: aquellas relacionadas con el contenido de la intervención y aquellas relacionadas con el formato. Respecto al contenido, un 25% de la muestra ($n = 10$) señaló como estrategia más útil la exposición y la supresión de la evitación emocional, un 20% ($n = 8$) la conciencia centrada en el

presente y los ejercicios de mindfulness, un 12.5% ($n = 5$) la modificación de las conductas impulsadas por la emoción, un 10% ($n = 4$) la detección de las trampas de pensamiento, un 5% ($n = 2$) la aceptación de las emociones, un 5% ($n = 2$) los registros de análisis de emociones, un 2.5% ($n = 1$) la técnica de la flecha descendente, un 2.5% ($n = 1$) el registro de progreso y un 17.5% ($n = 7$) indicaron que todas las estrategias le resultaron útiles. Respecto al formato, 17 personas enfatizaron la utilidad del encuadre grupal, 5 la organización del programa y sus módulos y 3 participantes resaltaron la periodicidad semanal.

Un 42.5% ($n = 17$) no describió ninguna estrategias como más difícil, un 10% ($n = 4$) planteó que lo más costoso fueron las tareas para casa, un 10% ($n = 4$) refirió mayor dificultad en la exposición, otro 10% ($n = 4$) la supresión de las conductas impulsadas por las emociones, un 7.5% ($n = 3$) refirió la psicoeducación sobre emociones, un 5% ($n = 2$) el mindfulness y la conciencia emocional centrada en el presente, un 5% ($n = 2$) indicó que todas las actividades le resultaron difíciles, un 5% ($n = 2$) evaluó como más costoso el hecho de hablar en grupo, un 2.5% ($n = 1$) el ejercicio de balance decisional, y el restante 2.5% ($n = 1$) el establecimiento de metas a largo plazo.

En relación a las propuestas de mejora de la intervención, un 80% ($n = 32$) de los pacientes no identificó ninguna sugerencias de mejora, un 12.5% ($n = 5$) planteó aumentar la extensión del tratamiento, un 5% ($n = 2$) recomendó prolongar la duración de las sesiones y un 2.5% ($n = 1$) consideraba poder positivo realizar actividades al aire libre durante la intervención grupal.

1.4. Discusión

En el presente estudio se ha analizado la eficacia de la aplicación grupal del Protocolo Unificado para el tratamiento de los trastornos emocionales en una muestra de pacientes con elevada comorbilidad psicopatológica sobre cuatro tipos de variables: primarias o genéricas de ansiedad y depresión, secundarias y específicas de cada trastorno emocional, transdiagnósticas y de estimación clínica. Se esperaba que la intervención transdiagnóstica fuera efectiva para reducir el nivel general de trastorno emocional, de ansiedad y de depresión, así como los síntomas ansiosos y depresivos específicos, según los diagnósticos concretos de los pacientes, y conforme la estimación sobre la mejoría clínica y el estado global realizada por el profesional de referencia. Así mismo, se hipotetizaba que, mediante la aplicación del UP, también se lograrían beneficios terapéuticos a través de la mejoría en las variables transdiagnósticas de afectividad (afecto negativo y positivo), evitación interoceptiva, evitación emocional, pensamientos automáticos negativos y sensibilidad a la ansiedad. Por último, se quiso comprobar si las ganancias se mantenían a medio plazo a lo largo del seguimiento.

Los resultados obtenidos indicaron importantes reducciones en todas las variables analizadas: niveles genéricos de ansiedad y depresión, síntomas específicos de cada trastorno, constructos transdiagnósticos trabajados a través del UP y relacionados con el origen y mantenimiento de los trastornos emocionales, y la valoración clínica del estado general del paciente. La disminución se evidenció en las bajas puntuaciones conseguidas al finalizar la intervención psicológica y durante las dos posteriores evaluaciones llevadas a cabo, en las que se observó un ligero descenso en las tres variables evaluadas durante las fases de seguimiento (ansiedad, depresión y sensibilidad a la ansiedad), que, incluso, en algunos casos mejoró la ganancia terapéutica con respecto a la revisión realizada una vez acabada la intervención. Respecto a la magnitud del efecto del tratamiento sobre las variables analizadas, se puede afirmar que ésta fue relevante en todos los casos, resultando el tamaño del efecto especialmente elevado en las variables clínicas y, concretamente, en la ansiedad. Además, un porcentaje muy elevado de pacientes dejó de cumplir criterios diagnósticos para el diagnóstico principal y los comórbidos que exhibían antes de la intervención y continuó mejorando su funcionamiento psicosocial.

Los hallazgos del presente estudio proporcionan apoyo empírico a la eficacia del UP de Barlow et al. (2011) aplicado en formato grupal para intervenir sobre los trastornos emocionales. En este sentido, a través de una intervención transdiagnóstica relativamente breve, integrada por diferentes técnicas empíricamente validadas, se obtuvieron resultados de gran importancia clínica sin necesidad de recurrir a la aplicación secuencial y más extensa de varios protocolos específicos para el tratamiento de un único trastorno concreto.

Considerando que las investigaciones que evalúan la eficacia del encuadre grupal del UP todavía son escasas, los resultados obtenidos en el presente trabajo se encuentran en consonancia con distintos estudios. En la mayoría de los trabajos disponibles hasta el momento se ha hallado una eficacia algo superior sobre los síntomas genéricos de ansiedad y los síntomas específicos asociados a cada trastorno de ansiedad concreto, frente a los depresivos. Bullis et al. (2015) desarrollaron una intervención grupal del UP con 11 pacientes, algunos de ellos con comorbilidad psicopatológica, diagnosticados de trastornos de ansiedad social ($n = 4$), trastorno obsesivo-compulsivo ($n = 1$), trastorno de pánico con agorafobia ($n = 1$), trastorno de ansiedad generalizada ($n = 1$), distimia ($n = 1$), fobia específica ($n = 1$), trastorno de ansiedad no especificado ($n = 1$) y agorafobia sin historia de trastorno de pánico ($n = 1$), y encontraron un tamaño del efecto de medio a elevado sobre las distintas variables estudiadas. Concretamente, respecto a los síntomas generales, hallaron un elevado impacto sobre la clínica ansiosa (g de Hedges = 1.33) y una magnitud del efecto moderada sobre la sintomatología depresiva (g de Hedges = 0.65). Por su parte, Castellano et al. (2015) aplicaron la intervención a 11 pacientes, tres de ellos con comorbilidad psicopatológica, diagnosticados de trastorno obsesivo-compulsivo ($n = 1$), trastorno de pánico con agorafobia ($n = 2$), trastorno depresivo mayor ($n =$

3), trastorno de ansiedad no especificado ($n = 3$) y trastorno del estado de ánimo no especificado ($n = 2$) e, igualmente, encontraron un tamaño del efecto ligeramente superior sobre los síntomas de ansiedad que sobre los depresivos. En un estudio posterior llevado a cabo por Osma et al. (2015) en el que expusieron los resultados del seguimiento de la investigación de Castellano et al. (2015), el tamaño del efecto, transcurridos 12 meses, continuó siendo ligeramente superior sobre los trastornos de ansiedad que sobre los del estado de ánimo (d de Cohen = 1.53 y 1.02, respectivamente). Recientemente, Grill et al. (2017) estudiaron el efecto de la aplicación del UP con 23 pacientes con comorbilidad psicopatológica y con un diagnóstico principal de agorafobia ($n = 1$), ataques de pánico ($n = 3$), depresión mayor ($n = 3$), fobia social ($n = 2$), trastorno de ansiedad generalizada ($n = 7$) y trastorno de ansiedad no especificado ($n = 7$); cuando emplearon la escala HADS, la ganancia fue ligeramente superior sobre los síntomas de ansiedad frente a los de depresión, si bien, es reseñable que cuando se atiende a los resultados del cuestionario de evaluación de síntomas psicopatológicos sería el único estudio, junto con el de De Ornelas et al. (2013), en el que la magnitud del efecto se invirtió y se obtuvo una mayor ganancia terapéutica sobre la sintomatología depresiva que sobre la ansiosa. No obstante, los resultados del estudio De Ornelas habría que analizarlos con cautela teniendo en cuenta que es la única investigación en la que toda la muestra presentaba trastornos del estado de ánimo como diagnóstico principal y algunos, además, comorbilidad psicopatológica con un trastorno de ansiedad.

Los trabajos que hemos aludido se basan en muestras con menor número de sujetos, y quizás por ello, la representación de los pacientes diagnosticados de trastorno del estado de ánimo, ha sido menor; sin embargo, en nuestro estudio se puede considerar que la sintomatología depresiva se halla representada en mayor medida, dado que gran parte de pacientes con compleja comorbilidad psicopatológica presentaba clínica mixta. Por este motivo, podría considerarse que, si bien el UP interviene de manera eficaz sobre los dos tipos de sintomatología, parece que los síntomas de ansiedad parecen mejorar discretamente más que los depresivos y, así mismo, que el porcentaje de cambio en los niveles genéricos de ansiedad también es ligeramente superior; en cualquier caso, los porcentajes son muy elevados para ambos tipos de sintomatología, situándose entre el 75 y 92%.

Retomando los fundamentos del enfoque transdiagnóstico, los resultados sobre las variables primarias o genéricas encontrados en el presente estudio son consistentes con la bibliografía previa que vincula distintos procesos o factores transdiagnósticos con el origen o mantenimiento de los trastornos emocionales. En este sentido, paralelamente a la disminución de la clínica ansioso-depresiva y los niveles de ansiedad y depresión, se encontró una reducción en el afecto negativo y un aumento del positivo, que apoyaría el modelo tripartito sobre el afecto, la ansiedad y la depresión (Clark y Watson, 1991); la ganancia en ambos constructos transdiagnósticos de afecto podría estar implicada en la mejora clínica experimentada. El afecto negativo, también conocido como neuroticismo, ha sido vinculado a todos los trastornos

emocionales (Brown y Barlow, 2009; Brown et al., 1998; Clark y Watson, 1991; Watson et al., 1988; Watson, O'Hara y Stuart, 2008) y entendido como un factor general de afectividad negativa y como un nexo común a los diferentes trastornos emocionales y, por tanto, si sus valores se reducen debería producirse previsiblemente una mejora.

Respecto a ambas dimensiones del afecto, en algunos estudios se ha observado un mayor efecto de la intervención sobre el afecto negativo frente al positivo (Ellard et al., 2010; Grill et al., 2017), y dada la alta correlación entre el neuroticismo y los trastornos emocionales resultaría fundamental dirigir el tratamiento hacia este concepto, e, incluso, hacia su prevención (Barlow, Ellard, Sauer-Zavala, Bullis y Carl, 2014). En otros trabajos se ha hallado el efecto inverso, es decir un mayor impacto sobre el afecto positivo (Castellano et al., 2015; Osma et al., 2015). En la presente investigación la magnitud del efecto ha sido elevada y prácticamente equivalente sobre ambos constructos, lo que sería coherente con el objetivo inicial del UP e, igualmente, con el hecho de que al emplear estrategias adaptativas de regulación emocional también se debería incidir sobre el afecto positivo, y no únicamente sobre el negativo.

Los diagnósticos principales y comórbidos, estudiados a través de diferentes variables secundarias para cada trastorno mental concreto dentro de la categoría de los trastornos emocionales, también experimentaron importantes mejoras. Castellano et al. (2015) encontraron que inmediatamente después de la aplicación grupal del UP el 75% de los pacientes dejó de cumplir criterios para el diagnóstico principal y el 100% dejó de cumplir criterios diagnósticos para el comórbido; el 25% que no experimentó mejoría estaba compuesto por un paciente diagnosticado de trastorno obsesivo-compulsivo y otro diagnosticado de trastorno de ansiedad no especificado. En el seguimiento, realizado al año de la finalización del tratamiento, las ganancias terapéuticas continuaron aumentando y el 100% de los pacientes no presentó ningún diagnóstico, por lo que el porcentaje de recuperación fue el máximo posible, si bien hay que considerar que la muestra final estaba compuesta por un número reducido de pacientes ($n = 6$). Otros estudios han encontrado cifras algo inferiores, en torno al 71% de mejoría diagnóstica (Farchione et al., 2012) y el 85% (Ellard et al., 2010).

En nuestro caso, tras la intervención, un 86.3% de la muestra dejó de cumplir criterios diagnósticos para el trastorno de mayor gravedad y en un 94.1% de los pacientes se eliminó la psicopatología comórbida. Los trastornos principales que se beneficiaron en mayor medida de la intervención transdiagnóstica fueron la ansiedad generalizada y la depresión mayor y, en menor medida, el trastorno de pánico; aunque se dieron siete casos que no experimentaron cambios clínicos, entre los que se encontró el trastorno depresivo mayor recurrente ($n = 4$), el trastorno de pánico ($n = 1$) y el trastorno de ansiedad generalizada ($n = 2$). Respecto a los casos comórbidos, dos pacientes con trastorno de ansiedad social y uno con trastorno de ansiedad generalizada mantuvieron la clínica secundaria tras la intervención, pero en ningún caso se sostuvo la comorbilidad múltiple, sino que persistió como mucho solo un diagnóstico. Los

porcentajes de remisión del diagnóstico principal y comórbido aumentaron al 94.1% y 96%, respectivamente a los tres meses y se mantuvieron a los seis. Dos pacientes con diagnósticos principales de trastorno depresivo recurrente y otro con ansiedad generalizada dejaron de experimentar la clínica asociada, y un sujeto con este último diagnóstico comórbido tampoco cumplía criterios tras el seguimiento.

Las medidas de estimación clínica aumentaron de manera significativa al igual que ha sucedido en estudios previos, que encontraron una elevada mejora en el funcionamiento general (d de Cohen = 0.87), y un tamaño del efecto muy grande en la actividad global, medida a través de la escala EEAG (Bullis et al., 2015; Castellano et al., 2015). En nuestro caso, respecto a las medidas de funcionamiento general y la actividad psicosocial global, ningún paciente mostró un empeoramiento y en todos los casos se produjo una mejoría en la escala EEAG, salvo un sujeto que mantuvo la misma puntuación. En cuanto a los resultados de la subescala de gravedad clínica del ICG, solo dos pacientes se mantuvieron en la misma categoría de “moderadamente enfermos” en el postratamiento, y la cifra se redujo a uno durante el seguimiento; todos los demás pacientes experimentaron mejoría clínica.

Nuestros datos relativos al FAST indican una mayor ganancia en las subescalas laboral, autonomía y ocio. La mejora en la primera dimensión es fundamental, pues solo el 31% de la muestra se encontraba activo laboralmente, frente a un 29% que permanecía de baja laboral y el 14% y 8% en desempleo sin y con subsidio, respectivamente. Hay que resaltar que el impacto del UP sobre el ámbito laboral es de gran relevancia, pues podría permitir una potencial reinserción laboral. Cabría pensar que el hecho de que también se produjera una ganancia significativa en autonomía y en funcionamiento cognitivo podría estar relacionado con la mejora en la actividad laboral. Los trastornos depresivos correlacionan con frecuencia con una importante afectación cognitiva, dando lugar a síntomas como la bradipsiquia, y dificultades de concentración y deterioros en el procesamiento de la información (Emilien, Penasse y Waltregny, 2000) y sus procesos subyacentes: atención, percepción, latencia de respuesta, solución de problemas, memoria o aprendizaje (Roca, Vives, López-Navarro, García-Campayo y Gili, 2015; Weingartner y Silberman, 1982). Así mismo, en los trastornos de ansiedad se han encontrado diversas alteraciones en el funcionamiento cognitivo como una potenciación de los mecanismos de alarma, una interferencia cognitiva y diversos sesgos cognitivos, que modifican el procesamiento de la información (Gutiérrez y García, 2000). Por tanto, cabría esperar que si desaparece la clínica ansioso-depresiva, los procesos cognitivos podrían mejorar consecuentemente y que, a la inversa, si a través del UP se trabajan los procesos cognitivos que pueden estar alterados, la clínica debería mejorar. Por último, la mejora en la dimensión ocio se considera altamente positiva, dado que una de las alternativas a las conductas impulsadas por las emociones a la que los pacientes recurrían frecuentemente eran las actividades sociales, especialmente en el caso de los trastornos depresivos.

A pesar de que el tratamiento se llevó a cabo con casos de considerable gravedad clínica, que presentaban una compleja y múltiple comorbilidad psicopatológica entre diferentes trastornos emocionales, el protocolo resultó eficaz para normalizar los niveles clínicos de ansiedad y depresión y paralelamente aumentar algunos factores transdiagnósticos (afecto positivo), y reducir otros (afectividad negativa, evitación interoceptiva, evitación emocional, pensamientos automáticos negativos y sensibilidad a la ansiedad). Este último dato apoyaría la interdependencia entre los síntomas clínicos y los procesos transdiagnóstico; cabría plantearse que éstos últimos podrían estar influyendo en el mantenimiento y en la gravedad de los síntomas clínicos de ansiedad y de depresión en general, así como en los síntomas concretos asociados a los trastornos específicos, tanto principales, como comórbidos, favoreciendo la intervención integral destinada a abordar estos constructos y potenciando la mejora clínica.

Aquellos mecanismos transdiagnósticos considerados intermedios, por estar asociados a la etiopatogenia de los trastornos emocionales y vinculados a síntomas o cuadros clínicos más concretos, como la evitación emocional, la evitación interoceptiva, los pensamientos automáticos negativos o la sensibilidad emocional, disminuyeron durante la intervención, aunque en menor medida que el constructo general de afectividad. Estos datos apoyarían la hipótesis de que la reducción de los factores transdiagnósticos implicados en el origen o mantenimiento de los trastornos emocionales debería asociarse a una reducción de los cuadros clínicos (Barlow et al., 2004; Barlow et al., 2011; Sandín et al., 2012). La importante mejoría clínica, expresada a través del elevado porcentaje de recuperación (95%), que se obtuvo en el trastorno de pánico podría estar en consonancia con la reducción de la gravedad de los síntomas que se relacionaría, a su vez, con la disminución en los niveles de la evitación interoceptiva y de sensibilidad a la ansiedad (Sandín et al., 2007; Taylor, 2000; Taylor et al., 2007). En relación a este último constructo, la mayor mejoría tuvo lugar en la dimensión social, seguida por la física y, en último lugar, por la cognitiva. Los datos difieren de los hallados por Rosique et al. (2018) que describieron en un caso de comorbilidad múltiple con trastorno depresivo mayor recurrente, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y fobia específica, una mayor disminución de la dimensión física, que podría deberse al resultado de las propias estrategias empleadas en el UP como en el caso de la exposición a los síntomas físicos de ansiedad que pudo favorecer el cese de la evitación emocional y permitir una disminución del temor hacia las sensaciones físicas. Considerando que la intervención en este caso se realizó en formato grupal, podría ser coherente pensar que el propio entorno grupal junto con la intervención pudo favorecer una disminución en la dimensión social de la sensibilidad a la ansiedad especialmente relevante si se tiene en cuenta que las puntuaciones en el pretest en dicha dimensión eran las más elevadas.

Por otra parte, la preocupación ansiosa, característica del trastorno de ansiedad generalizada, y los pensamientos automáticos negativos, presentes especialmente en los

trastornos del estado de ánimo unipolares, mejoraron al igual que el propio diagnóstico. Otros trabajos han encontrado un elevado tamaño del efecto de la intervención sobre la regulación emocional (Grill et al., 2017), específicamente la evitación experiencial (Bullis et al., 2015) y, aunque en nuestro estudio, no se evaluaron específicamente, se constató una importante mejora en los procesos transdiagnósticos relacionados con el afrontamiento de las emociones, como puede ser la evitación interoceptiva y la emocional.

El hecho de que las ganancias terapéuticas se mantengan con el tiempo, especialmente en lo que se refiere a los niveles de ansiedad y depresión, a la sensibilidad a la ansiedad y al funcionamiento general, e incluso aumenten durante los seis meses posteriores coincide con la tendencia hallada en otros estudios de un mantenimiento o incluso mejoría desde los 6 a los 24 meses (Barlow et al., 2017; Bullis, Fortune, Farchione y Barlow, 2014; Osma et al., 2015).

Centrándonos en el encuadre seleccionado, en el presente estudio la intervención se estructuró en nueve sesiones de hora y media de duración y frecuencia semanal. En ese sentido, los autores del UP proponen un número variable, flexible y adaptado al paciente concreto (Barlow et al., 2011, 2018), pero, teniendo en cuenta el contexto en el que tiene lugar el estudio, no es posible partir sin establecer de antemano los parámetros relativos al formato debido a la organización del centro y a que los pacientes precisan generalmente conocer la duración de la intervención para su propia organización. En nuestro caso, la extensión de la intervención resultó relativamente breve si lo comparamos con la realizada por Laposá, Mancuso, Abraham y Loli-Dano (2017) que plantearon una intervención más prolongada, consistente en 14 sesiones grupales para pacientes con trastornos comórbidos de ansiedad. Bullis et al. (2015) y De Ornelas et al. (2013) propusieron una intervención para 11 y 8 pacientes, respectivamente, de 12 sesiones de dos horas de duración; Castellano et al. (2015) la estructuraron en 10 sesiones de dos horas de duración y con una asistencia de 11 pacientes, y Grill et al. (2017) plantearon intervenciones con grupos reducidos, de entre cuatro y cinco pacientes, y una extensión media del tratamiento de 13 sesiones de dos horas de duración cada una. Si se observan los encuadres propuestos bajo el formato individual, Bentley (2017) propuso una intervención de 16 sesiones en su estudio de caso de una mujer con autolesiones, trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad generalizada, ánimo subdepresivo, trastorno de estrés postraumático y síntomas alimentarios. En otras investigaciones se han propuesto longitudes similares, oscilando entre 12-18 sesiones de aproximadamente una hora de duración (Boisseau et al., 2010; Ellard et al., 2010; Farchione et al., 2012; Ito, et al., 2016); tan solo la propuesta de aplicación del UP de Lotfi et al. (2014) no superó las 10 sesiones, sino que se abogó por una intervención breve, de ocho sesiones de 45 minutos de duración. Si bien, tal y como plantean los autores del UP, el número de sesiones dependerá del proceso terapéutico y de la evolución clínica del paciente, en el presente caso una intervención relativamente breve, de nueve sesiones, de hora y media de

duración, produjo una mejoría importante en la clínica ansioso-depresiva y el número de asistentes por grupo (máximo 10) fue intermedio frente a los incorporados en otros estudios.

Respecto a los resultados relacionados con la satisfacción, la encuesta anónima mostró que la terapia fue valorada de manera muy positiva, situándose la media en 8,73 sobre 10 y los participantes refirieron que las herramientas aprendidas les habían resultado muy útiles para manejar sus alteraciones emocionales. Los participantes en diferentes aplicaciones grupales del UP han mostrado una elevada aceptabilidad y satisfacción (Bullis et al., 2015; Castellano et al., 2015; Osma et al., 2015); y además en la evaluación de mejoría realizada por el propio paciente se han encontrado cifras entre 8,25 y 9,62 (Castellano et al., 2015), ligeramente superiores al 7.85 que encontramos en nuestro estudio. Al consultar por las estrategias más útiles y sugerencias de mejora, Bullis et al. (2015) encontraron en su investigación que los pacientes valoraron positivamente la heterogeneidad de la muestra y proponían aumentar el número de sesiones de exposición emocional. Por otra parte, la conciencia emocional centrada en el presente sin juzgar, el entrenamiento en identificar las estrategias de evitación emocional, la identificación de los pensamientos automáticos y trampas del pensamiento y el aprendizaje de comportamientos alternativos a las conductas impulsadas por las emociones fueron conceptualizadas como estrategias muy útiles frente a la exposición interoceptiva que fue aquella de menor utilidad (Castellano et al., 2015; Osma et al., 2015).

Es importante hacer hincapié en que la adaptación del UP al formato grupal cobra especial sentido en los contextos de salud mental pública, en los que los recursos son más limitados y aún se dispone de pocos psicólogos en plantilla, siendo las listas de espera y la espera inter-sesiones largas. Sin embargo, el planteamiento de un formato grupal puede suponer desafíos como la mayor complejidad en la implementación de algunas estrategias dentro del entorno grupal (p.ej. la conciencia emocional, que puede variar según las diferencias individuales), y la dificultad de destacar el carácter adaptativo de las emociones en aquellos casos en los que algunos pacientes las temen especialmente (Bullis et al., 2015). En ese sentido, una de las principales prioridades de este encuadro reside en adaptar las estrategias a todos los miembros y ajustar el ritmo de la intervención a los distintos individuos. A pesar de que el formato grupal y la estandarización del protocolo puedan suponer una menor flexibilidad y atención individual, en nuestro caso las terapeutas tuvieron en cuenta la adaptación del protocolo a las necesidades del paciente. Resulta fundamental que la intervención se ajuste a los distintos ritmos de cada paciente, si bien en ocasiones puede resultar más complicado que la atención individual y muchos pacientes prefieren con frecuencia el formato individual (Sharp, Power y Swanson, 2004) mostrándose reticentes al tratamiento grupal. Por ello, el grupo de Bullis (Bullis et al., 2015) sugiere breves consultas individuales de 15 minutos de duración, paralelas a la intervención grupal; de este modo se podrían consolidar habilidades, resolver dudas y comentar cuestiones que no se desean plantear en el contexto grupal. Norton y Hope

(2013) refieren que hay factores añadidos que complican la intervención grupal, como que ofrece menor tiempo para cada paciente, provoca reacciones negativas en algunos sujetos, requiere la moderación constante por parte del terapeuta para minimizar posibles intervenciones inadecuadas. Por ello, los autores plantean que no todos los pacientes son adecuados para el formato grupal, como por ejemplo los altamente vulnerables o los provocativos que estarían desaconsejados.

No obstante, el grupo también ofrece un escenario con múltiples ventajas, dado que podría considerarse que el encuadre grupal *per se* puede ser terapéutico al permitir la emergencia de fenómenos como la cohesión grupal o las relaciones y vínculos que se van estableciendo entre los participantes, así como los múltiples procesos de modelado y oportunidades de aprendizaje que se ofrecen. Varios pacientes refirieron durante la intervención que el hecho de ver lo que les sucede a otras personas provocó que se sintieran más comprendidos, que no se consideraran juzgados, que dejaran de sentirse solos y a veces, incluso, escuchar a otros les permitía relativizar lo que les sucedía a ellos mismos y normalizar su propia experiencia. Incluso observar la mejoría de los demás les sirvió a muchos como impulso o motivación al cambio y a trabajar la propia mejoría y recibir comentarios, retroalimentaciones o ver cómo manejaban sus emociones los demás participantes les resultó generalmente muy útil. Algunos plantearon también el aumento de la percepción de autoeficacia al comprobar que con sus intervenciones ayudaban a otros compañeros. En los casos específicos de trastorno de ansiedad social, el formato grupal es sin lugar a dudas un excelente escenario de exposición *in vivo*.

A la vista de los datos expuestos, tanto clínicos como en relación a las variables transdiagnósticas, y teniendo en cuenta las valoraciones obtenidas a través de las encuestas de satisfacción, parece que la aplicación grupal, frente a la individual, no parece afectar a los resultados logrados y, además, ofrece algunas ventajas y una mayor eficiencia.

Estudio 2

2. Estudio 2: Eficacia del Protocolo Unificado (UP) aplicado en formato de grupo en una muestra clínica de pacientes con elevada comorbilidad de trastornos emocionales (trastornos de ansiedad y depresivos): Ensayo clínico controlado con entrenamiento en relajación y mindfulness como grupos de control.

2.1. Objetivos e hipótesis

Una vez que en el Estudio 1 hemos demostrado la eficacia del UP aplicado en formato grupal, deseábamos examinar su eficacia en un ensayo clínico controlado aleatorizado, utilizando como grupos de control el entrenamiento en relajación y el mindfulness.

Basándonos en la situación actual en el contexto de atención especializada pública y en el aumento de la demanda asistencial consecuencia del incremento progresivo de la prevalencia de los trastornos emocionales, el presente trabajo pretende como *objetivo general* comparar la eficacia de tres tipos de intervenciones grupales: tratamiento transdiagnóstico basado en el UP (Barlow et al., 2011), entrenamiento en relajación, y protocolo basado en mindfulness y, así mismo, analizar sus efectos sobre distintas variables clínicas generales y específicas y transdiagnósticas, asociadas a los trastornos emocionales, en un centro de salud mental público de la Comunidad de Madrid (España). Se plantean los siguientes *objetivos específicos*:

- Examinar si la eficacia del protocolo transdiagnóstico UP, aplicado en formato grupal, para el tratamiento de los trastornos emocionales (trastornos de ansiedad y trastorno depresivo unipolar) es superior a la eficacia de un tratamiento grupal basado en entrenamiento en relajación.
- Examinar si la eficacia del protocolo transdiagnóstico UP, aplicado en formato grupal, para el tratamiento de los trastornos emocionales (trastornos de ansiedad y trastorno depresivo unipolar) es superior a la eficacia de un tratamiento grupal basado en mindfulness.
- Probar si hay diferencias en la eficacia entre el protocolo basado en entrenamiento en relajación y el protocolo basado en mindfulness.

A partir de los objetivos establecidos se plantean las siguientes *hipótesis de investigación*:

- **Hipótesis 1:** Se espera que las tres formas de tratamiento se asocien a cambios favorables significativos en todas las variables estudiadas: medidas primarias (síntomatología ansiosa y depresiva), medidas secundarias (trastornos concretos) y constructos transdiagnósticos (sensibilidad a la ansiedad, afecto positivo, afecto negativo, evitación interoceptiva y evitación emocional).
- **Hipótesis 2:** La aplicación grupal del UP supondrá un cambio superior que el del grupo basado en entrenamiento en relajación.
- **Hipótesis 3:** La aplicación grupal del UP supondrá un cambio superior que el del grupo basado en mindfulness.
- **Hipótesis 4:** No se espera que existan diferencias entre los tratamientos basados en relajación y mindfulness respecto a los cambios favorables que puedan producirse en las diferentes variables estudiadas.

2.2. Método

2.2.1. Diseño

Se llevó a cabo un ensayo clínico controlado aleatorizado (*RCT; randomized controlled trial-RCT*) con dos medidas repetidas (pretratamiento y postratamiento), con dos grupos control (relajación y mindfulness).

Se incluyeron las cinco condiciones que se indican a continuación. Durante las evaluaciones pretratamiento y postratamiento se aplicaron los siguientes cuestionarios: ESTAD, EA, ASI-3, PANAS, EEI, EASI, MPS).

- Evaluación pretratamiento (81 pacientes).
- Tratamiento transdiagnóstico basado en el UP (26 pacientes).
- Tratamiento basado en entrenamiento en relajación (28 pacientes).
- Tratamiento basado en mindfulness (27 pacientes).
- Evaluación postratamiento (81 pacientes).

2.2.2. Participantes

La muestra estaba compuesta inicialmente por 90 pacientes derivados desde Atención Primaria a un Centro de Salud Mental público de la Comunidad de Madrid; de ellos, 81 finalizaron la intervención, nueve abandonaron por distintos motivos como ceses de bajas o incorporaciones laborales (cuatro abandonos en grupo UP, dos abandonos en grupo relajación y tres en grupo de mindfulness) y no se dispone de sus cuestionarios completados (ni pre, ni postratamiento). En la Figura 2.1 se expone el diagrama de flujo de los pacientes. La muestra total quedó compuesta por 27 hombres y 54 mujeres, con edades comprendidas entre 18-65 años

($M = 44.6$ y $DT = 10.7$; $M_{UP} = 45.2$ y $DT_{UP} = 9.8$; $M_{RE} = 44.8$ y $DT_{RE} = 11.1$; $M_{MF} = 43.9$ y $DT_F = 11.3$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en edad entre los tres grupos ($F(2,78) = 0.111$). En la Tabla 2.1 se presentan las características sociodemográficas de la muestra.

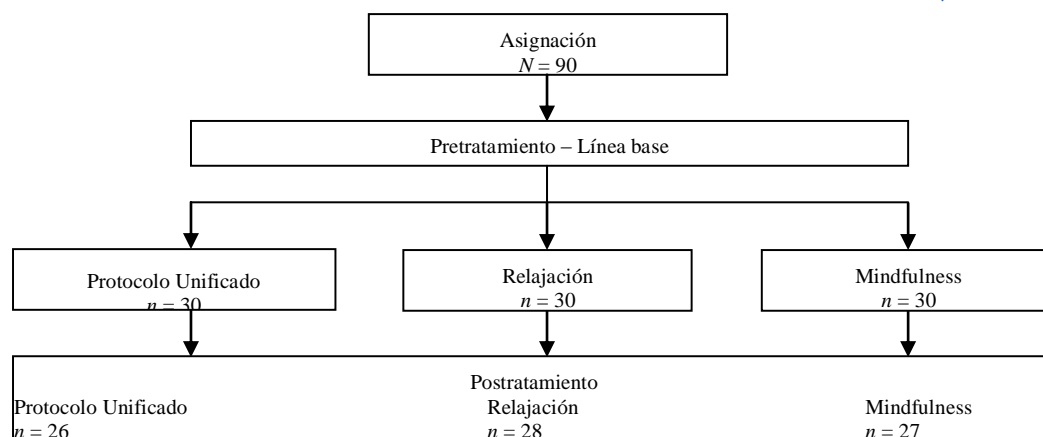


Figura 2.1. Diagrama de flujo del proceso de intervención.

Tabla 2.1. Características sociodemográficas y clínicas de la muestra.

Variables	N	%	n UP	% UP	n RE	% RE	n MF	% MF	χ^2
Sexo									1.88
Mujeres	54	66.7	15	57.7	20	71.4	19	70.4	
Hombres	27	33.3	11	42.3	8	28.6	8	29.6	
Nacionalidad									6.21
Española	76	93.8	22	84.6	27	96.4	27	100	
Sudamericana	4	4.9	3	11.5	1	3.6	0	0	
Norteamericana	1	1.2	1	3.8	0	0	0	0	
Estudios									11.57
Universitarios o superiores	41	50.6	15	57.7	14	50	12	44.4	
Formación profesional	23	28.4	7	26.9	8	28.6	8	29.6	
Bachiller	9	11.1	2	7.7	3	10.7	4	14.8	
Primaria/secundaria	7	8.7	2	7.6	3	10.7	2	7.4	
Sin estudios	1	1.2	0	0	0	0	1	3.7	
Tratamiento previo									0.87
No	49	60.5	15	57.7	17	60.7	17	63.0	
Psicológico	14	17.3	5	19.2	4	14.3	5	18.5	
Farmacológico	14	17.3	5	19.2	5	17.9	4	14.8	
Ambos	4	4.9	1	3.8	2	7.1	1	3.7	
Tratamiento actual									0.16
No	61	75.3	19	73.1	21	75	20	77.8	
Si	20	24.7	7	26.9	7	25	5	22.2	

Nota: UP = Protocolo Unificado; RE = Relajación; MF = Mindfulness.

A continuación se describen los diagnósticos principales (Tabla 2.2) y comórbidos (Tabla 2.3) hallados en los distintos grupos (véase el Anexo I para una mayor profundización en los criterios diagnósticos según el DSM-5 de los trastornos incluidos en el estudio).

Comenzando por el grupo UP, los diagnósticos principales presentados por los pacientes fueron los siguientes: trastorno de ansiedad generalizada (TAG; 76.9%, $n = 20$),

trastorno depresivo mayor (TDM; 7.7%, $n = 2$), trastorno de pánico sin agorafobia (TP; 7.7%, $n = 2$), trastorno de pánico con agorafobia (TPA; 3.8%, $n = 1$) y trastorno de ansiedad social (TAS; 3.8%, $n = 1$). En relación a los diagnósticos secundarios, 2 los pacientes presentaban uno comórbido (7.7%), 17 pacientes presentaban dos diagnósticos comórbidos (65.4%), 3 presentaban tres diagnósticos comórbidos (11.5%) y 4 pacientes cuatro diagnósticos comórbidos al principal (15.4%). En el grupo que recibió el entrenamiento en relajación los diagnósticos principales fueron: trastorno de ansiedad generalizada (TAG; 78.6%, $n = 22$), trastorno de pánico con agorafobia (TPA; 10.7%, $n = 3$), trastorno de pánico sin agorafobia (TP; 7.1%, $n = 2$) y trastorno depresivo mayor (TDM; 3.6%, $n = 1$). Respecto a los diagnósticos secundarios, 3 pacientes no presentaron comorbilidad, ningún paciente tenía solo un trastorno comórbido, 15 presentaban dos diagnósticos comórbidos (53.5%), 4 presentaban tres (14.3%) y 6 pacientes tenían cuatro diagnósticos comórbidos al principal (21.4%). Finalmente los diagnósticos principales en el grupo de intervención a través de mindfulness fueron: trastorno de ansiedad generalizada (TAG; 63%, $n = 17$), trastorno depresivo mayor (TDM; 18.5%, $n = 5$), trastorno de pánico con agorafobia (TPA; 11.1%, $n = 3$), trastorno de pánico sin agorafobia (TP; 3.7%, $n = 1$) y trastorno de ansiedad social (TAS; 3.7%, $n = 1$). En cuando a los diagnósticos comórbidos, 6 pacientes no exhibieron comorbilidad (22.2%), 1 paciente presentó uno comórbido (3.7%), 14 presentaban dos (51.1%), 1 tenía tres diagnósticos comórbidos (3.7%) y 5 pacientes cuatro diagnósticos comórbidos al principal (18.5%). No se dieron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables analizadas entre los tres grupos.

Tabla 2.2. Diagnósticos principales.

Diagnóstico principal	UP		RE		MF		χ^2
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Trastorno de ansiedad generalizada	20	76.9	22	78.6	17	63	6.620
Trastorno depresivo mayor	2	7.7	1	3.6	5	18.5	
Trastorno de pánico sin agorafobia	2	7.7	2	7.1	3	11.1	
Trastorno de pánico con agorafobia	1	3.8	3	10.7	1	3.7	
Trastorno de ansiedad social	1	3.8	0	0	1	3.7	

Nota: UP = Protocolo Unificado; RE = Relajación; MF = Mindfulness.

Tabla 2.3. Diagnósticos comórbidos.

Diagnóstico comórbido	UP		RE		MF		χ^2
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Sin comorbilidad	0	0	3	10.7	6	22.2	10.483
Un trastorno comórbido	2	7.7	0	0	1	3.7	
Dos trastornos comórbidos	17	65.4	15	53.5	14	51.9	
Tres trastornos comórbidos	3	11.5	4	14.3	1	3.7	
Cuatro trastornos comórbidos	4	15.4	6	21.4	5	18.5	

Nota: UP = Protocolo Unificado; RE = Relajación; MF = Mindfulness.

2.2.3. Instrumentos de evaluación

A parte de los instrumentos de evaluación (cuestionarios de autoinforme) que se indican a continuación, se administró un *Cuestionario creado ad hoc para la recogida de datos sociodemográficos* que incluía la siguiente información: género, edad, nacionalidad, nivel de instrucción, tratamientos previos, tratamiento actual (véase el Anexo II).

Instrumentos clínicos

Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión (ESTAD; Sandín, Valiente y Chorot, 2013). Es un cuestionario de 44 ítems que consta de 7 subescalas (agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno de ansiedad a la enfermedad, trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo). Algunos ejemplos de ítems de cada dimensión de la escala son: “Me produce mucho miedo viajar solo/a en transporte público (autobús, tren, etc.)” (agorafobia), “Temo o me preocupa sentirme de repente asustado/a sin razón aparente” (trastorno de pánico), “Me preocupo excesivamente por cosas poco importantes y no puedo controlarlo” (trastorno de ansiedad generalizada), “Me produce miedo ir a una fiesta y relacionarme con los asistentes” (fobia social), “Me preocupa mucho que pueda tener una enfermedad grave” (trastorno de ansiedad a la enfermedad), “Lavo obsesivamente las manos con mucha frecuencia” (trastorno obsesivo-compulsivo) y “Suelo sentirme muy triste o deprimido/a” (trastorno depresivo mayor). Se aplica según una escala *Likert* de frecuencia que varía entre 0 (“nunca”) y 4 (“muchas veces”). Permite obtener puntuaciones para cada una de las escalas. Los autores han proporcionado datos consistentes sobre su estructura factorial, fiabilidad y validez (Chorot et al., 2017; Sandín et al., 2017). El coeficiente alfa de Cronbach en este estudio fue .93, y en las distintas subescalas .90 (agorafobia), .91 (trastorno de pánico), .79 (trastorno de ansiedad generalizada), .84 (fobia social), .89 (trastorno de ansiedad a la enfermedad), .77 (trastorno depresivo mayor) y .75 (trastorno obsesivo-compulsivo).

Escala de Ansiedad (EA; Sandín, Chorot y Valiente, 2013). La escala EA consta de 10 ítems que miden 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”). Algunos ejemplos de ítems son: “Me ha costado mucho poder estar relajado/a o quieto/a” y “Me he sentido muy angustiado/a”. Su consistencia interna es elevada (alfa = .94), así como la estabilidad temporal (test-retest .70), la validez convergente y la discriminante (Sandín et al., 2017). El coeficiente alfa de Cronbach en este estudio fue .92.

Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI-3; Taylor et al., 2007; versión española de Sandín et al., 2007). Es una nueva escala basada en el ASI elaborado por Reiss et al. (1986). A través de 18 ítems de respuesta tipo *Likert* de 0 (“nada en absoluto”) a 4 (“muchísimo”) se mide el índice de sensibilidad o miedo a las sensaciones de ansiedad a nivel físico, cognitivo y social. El cuestionario ha mostrado unas excelentes propiedades psicométricas (alfa = .91 y fiabilidad test-retest = .85) (Sandín et al., 2007). El coeficiente alfa de Cronbach en este estudio fue .93.

Escalas PANAS de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Watson et al., 1988; versión española de Sandín et al., 1999). Consta de 20 ítems que mide la intensidad de la emoción experimentada en una escala entre 1 (“nada o casi nada”) y 5 (“muchísimo”) en las dimensiones afecto positivo y negativo. Estas escalas han mostrado índices elevados de validez de constructo y consistencia interna (Sandín et al., 1999). El coeficiente alfa de Cronbach en este estudio fue .84 en la escala de afecto positivo y .82 en la de afecto negativo.

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 5 (“muchísimo”). Algunos ejemplos de ítems son: “Subir escaleras”, “Discutir” y “Tomar bebidas estimulantes”. Esta escala ha mostrado tener unas adecuadas propiedades psicométricas (Sandín, 2005). El coeficiente alfa de Cronbach en este estudio fue .87.

Inventario de evitación emocional para adolescentes (EASI-A; Kennedy y Ehrenreich-May, 2017; versión española de García-Escalera et al., 2016b). Se trata de un cuestionario autoinforme que mide los procesos cognitivos y atencionales destinados a evitar las experiencias emocionales. Se compone de 17 ítems, cuyas respuestas se representan en una escala de frecuencia de 0 (“nunca o casi nunca”) a 4 (“siempre o casi siempre”). Ejemplos de ítems son los siguientes: “Hago todo lo que puedo para evitar sentirme triste, preocupado/a o con miedo”, “Si comienzo a sentirme disgustado/a, trato de cambiar de actividad para distraerme y dejar de sentirme así”, “Me cuesta mucho mostrar lo que realmente siento” y “No importa cómo esté de nervioso/a o a disgusto/a, trato de parecer tranquilo/a”. Sus propiedades psicométricas en población adolescente son adecuadas (Kennedy y Ehrenreich-May, 2017). El coeficiente alfa de Cronbach en este estudio fue 0.82.

Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS; Frost et al., 1990; versión española de Carrasco et al., 2009). Los 35 ítems se agrupan en seis dimensiones: exigencias personales, preocupación por los errores, dudas sobre acciones, expectativas paternas, críticas paternas y organización. Posee unas adecuadas propiedades psicométricas (Carrasco et al., 2009). El coeficiente alfa de Cronbach en este estudio fue 0.94.

2.2.4. *Procedimiento y resumen del tratamiento*

La investigación fue aprobada por los Comités de Bioética del Hospital Universitario Ramón y Cajal y de la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Los pacientes de las tres intervenciones grupales firmaron el Consentimiento Informado para la participación voluntaria en el estudio y se les asignó un número para preservar su anonimato e impedir la identificación y acceso a sus datos.

Se aplicaron los mismos criterios de inclusión y exclusión descritos para el Estudio 1. Las condiciones físicas (centro de salud mental, características de la sala, etc.) fueron similares a las indicadas para el Estudio 1.

Los criterios de inclusión para la participación en el estudio fueron los siguientes: (1) diagnóstico principal de trastorno emocional o bien de depresión unipolar (trastorno depresivo mayor) o bien de trastorno de ansiedad (trastorno de pánico sin agorafobia, trastorno de pánico con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de pánico, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada) (en el Anexo I pueden consultarse los criterios diagnósticos de cada trastorno según el DSM-5), (2) edad comprendida entre los 18-65 años y (3) posibilidad de asistencia a toda la intervención.

En cuanto a los criterios de exclusión, se planteó que aquellos pacientes que presentaran alguno de los siguientes diagnósticos no formaran parte del estudio adicciones, trastornos de personalidad, trastornos psicóticos, retraso mental, trastornos neurocognitivos y pacientes que presentaran una ideación autolítica grave que requiriese una intervención urgente.

Los profesionales de referencia del centro (psicólogos clínicos o psiquiatras) realizaron el proceso de diagnóstico según los criterios del DSM-5 (APA, 2013) a través de una entrevista diagnóstica estructurada siguiendo un esquema similar al propuesto en la entrevista diagnóstica *International Neuropsychiatric Interview* (MINI; Sheehan et al., 1998; versión española de Ferrando et al., 2000) y se encargaron de la derivación de los pacientes que, posteriormente, fueron asignados al azar a una de las tres condiciones experimentales. Tras la derivación se comentó el objetivo de la terapia y se hizo hincapié en la importancia de la asistencia, puntualidad y adherencia al tratamiento.

El trabajo fue realizado en un Centro de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Las salas en la que tuvieron lugar los distintos grupos estaban destinadas a las intervenciones

grupales, con medidas similares (8x5 metros) y condiciones lumínicas y de ventilación adecuadas. Los grupos UP y mindfulness se realizaron formando un círculo y en el grupo de RE los pacientes estaban tumbados en colchonetas. Si bien los pacientes podían cambiar de ubicación en cada sesión, generalmente permanecían en el mismo lugar.

Al igual que en el Estudio 1, todas las intervenciones se llevaron a cabo en un formato de grupo (8-10 pacientes por grupo). Las intervenciones UP y mindfulness se llevaron a cabo en formato de coterapia, el primero por dos psicólogas clínicas entrenadas previamente en la aplicación del Protocolo Unificado y con formación específica en terapia cognitivo-conductual, el segundo por una psiquiatra y una psicóloga clínica formadas, a su vez, por profesionales instruidos en la Clínica de Reducción del estrés del Centro de Medicina de la Universidad de Massachusetts. El grupo de relajación fue conducido por un solo terapeuta, el primero de ellos por una terapeuta ocupacional y el segundo por un enfermero del centro, ambos con formación en técnicas de desactivación emocional.

En la primera sesión los pacientes fueron citados 30 minutos antes para la cumplimentación del cuestionario creado *ad hoc* para la recogida de datos sociodemográficos y los cuestionarios tipo autoinforme. Una vez comenzada la sesión se procedió sistemáticamente en todos los grupos: recepción de los pacientes por parte de los profesionales en la misma sala e información sobre el funcionamiento de la terapia y del reparto de los tiempos de participación de cada paciente. Los horarios del grupo se mantuvieron estables, en horario de mañana. Se realizaron un total de nueve grupos de 10 pacientes (tres grupos por condición experimental).

La intervención basada en el UP tuvo lugar durante 9 sesiones semanales de 90 minutos de duración, con una extensión total de dos meses y una semana. En el Anexo III se desarrollan de manera resumida los contenidos de las distintas sesiones.

El grupo de relajación incluía el entrenamiento en respiración, relajación y visualización. En cuanto a la respiración, se practicó la diafragmática, la abdominal y la profunda cuyo objetivo principal es la desactivación del sistema nervioso autónomo y, consecuentemente, una disminución de la ansiedad. Los ejercicios de relajación se basaron en una presentación abreviada de la relajación progresiva de Jacobson, también denominada muscular progresiva, cuyo objetivo es la discriminación entre las sensaciones fisiológicas de los músculos durante la tensión y su distensión y la consiguiente relajación; por último, el entrenamiento en visualización consistió en la imaginación guiada por el terapeuta a través de escenas de calma y tranquilidad para inducir la relajación.

El programa de mindfulness se desarrolló según el programa *Mindfulness based stress reduction* de Kabat-Zinn (1994) que incluía ejercicios de atención plena en la respiración, conciencia centrada en el presente, escáner corporal y atención sobre los procesos mentales (pensamientos, emociones, sensaciones físicas, percepciones). La duración de los grupos de relajación y de mindfulness fue más breve, en comparación con el grupo UP, con una extensión

temporal de 8 sesiones de 75 minutos de duración. Finalizada la última sesión todos los asistentes permanecieron durante 30 minutos en la sala para cumplimentar nuevamente los cuestionarios tipo autoinforme.

2.2.5. *Análisis estadístico de los datos*

Aplicamos pruebas χ^2 , tablas de contingencia y ANOVA de un factor (grupos, para la variable edad) para examinar las variables sociodemográficas. Calculamos el coeficiente alfa de Cronbach para determinar la fiabilidad (consistencia interna) de las diferentes medidas utilizadas en el estudio. Para probar la hipótesis 1 aplicamos tres diseños de ANOVA de un factor de medidas repetidas (pretratamiento vs. postratamiento), uno para cada grupo de intervención (UP, relajación, y mindfulness). Cada uno de estos diseños se aplicó en 15 ocasiones (una para cada variable independiente). Para examinar las hipótesis 2, 3 y 4 aplicamos un diseño de ANCOVA de un factor (grupos de tratamiento) con tres niveles (UP vs. relajación vs. mindfulness). Cada diseño se aplicó en 14 ocasiones (una para cada variable dependiente correspondiente a la situación del postratamiento). En cada aplicación se utilizó como covariable la variable dependiente, pero correspondiente a la condición de pretratamiento. Las comparaciones entre los grupos se llevaron a cabo aplicando la prueba *post-hoc* de Bonferroni. Finalmente calculamos los tamaños del efecto a través de la *d* de Cohen y la eta parcial al cuadrado. Todos los análisis se llevaron a cabo con el SPSS 24.0.

2.3. Resultados

Previo a los análisis estadísticos relacionados con las hipótesis del presente estudio se examinó la posibilidad de que existieran diferencias en las variables sociodemográficas entre los tres grupos. Constatamos que no había diferencias significativas, por lo que no fue necesario controlar el efecto de estas variables en los posteriores análisis estadísticos (véanse las Tablas 3.1, 3.2 y 3.3).

2.3.1. *Diferencias pre/postratamiento*

Para comprobar la hipótesis 1 y examinar los efectos de las tres intervenciones sobre las variables primarias, secundarias y los constructos transdiagnósticos se aplicó un diseño de ANOVA de medidas repetidas; se esperaba que los tres tratamientos se asociaran a cambios favorables estadísticamente significativos.

Se encontró que las puntuaciones en las variables primarias disminuyeron de manera significativa ($p < .05$) en los tres grupos de tratamiento (Tabla 2.4). Tras la intervención UP, los niveles genéricos de ansiedad, depresión y del nivel global de trastorno emocional se redujeron

significativamente (Figuras 2.2, 2.3 y 2.4), siendo el tamaño del efecto fue elevado en la mayor parte de las variables. La mayor reducción se produjo en el nivel global del trastorno emocional (puntuación total ESTAD), seguido por los síntomas generales de ansiedad (EA) y depresión (ESTAD-TDM). Los cambios en los grupos de relajación y mindfulness tras las respectivas intervenciones también fueron estadísticamente significativos ($p < .05$). Los resultados del entrenamiento en relajación indicaron una mayor ganancia sobre los niveles genéricos de ansiedad y una magnitud del efecto elevada; los cambios y los tamaños del efecto en el desorden emocional fueron también elevados, aunque algo menores que en ansiedad y moderados en la sintomatología depresiva. En cuanto al entrenamiento en mindfulness, la mayor ganancia se produjo en la sintomatología ansiosa (EA), seguida por los niveles generales de depresión (ESTAD-TDM), y, por último, presentó un tamaño del efecto moderado en los síntomas genéricos de ansiedad y depresión (puntuación total ESTAD).

Tabla 2.4. Puntuaciones (medias y desviaciones típicas) pre y postratamiento de las variables primarias en función de los grupos de tratamiento (UP, RE, MF). Tamaño del efecto (η^2 parcial y d de Cohen).

Variable	Pretratamiento		Postratamiento		
	$M (DT)$	$M (DT)$	$F(1.25)$ $F(1.27)$ $F(1.26)$	η^2_p	d (Cohen)
EA					
UP	27.81 (7.60)	7.54 (2.90)	211.42*	0.89	3.52
RE	31.00 (6.73)	17.14 (10.9)	66.18*	0.71	1.53
MF	26.96 (8.19)	16.81 (10.29)	33.08*	0.56	1.09
ESTAD-TDM					
UP	13.92 (4.62)	3.62 (2.28)	144.62*	0.85	2.82
RE	13.11 (4.51)	10.25 (4.75)	13.98*	0.34	0.62
MF	12.15 (4.58)	7.96 (6.36)	10.32*	0.28	0.91
ESTAD					
UP	65.04 (16.85)	19.77 (5.94)	202.16*	0.89	3.58
RE	77.89 (19.95)	58.46 (22.73)	25.19*	0.48	0.91
MF	65.15 (30.65)	48.41 (30.84)	18.02*	0.41	0.54

Nota: UP = Protocolo Unificado; RE = Relajación; MF = Mindfulness; EA = Escala de Ansiedad; ESTAD-TDM = Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión: Depresión; ESTAD = Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión. η^2_p = eta al cuadrado parcial. * $p < .05$.

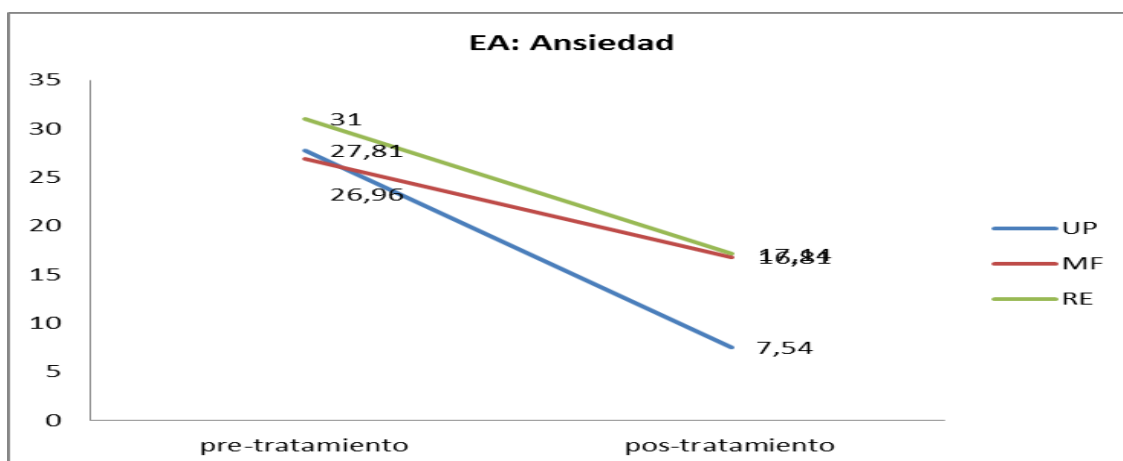


Figura 2.2. Cambio en ansiedad en los tres tratamientos (UP, RE, MF). Nota: EA = Escala de Ansiedad.

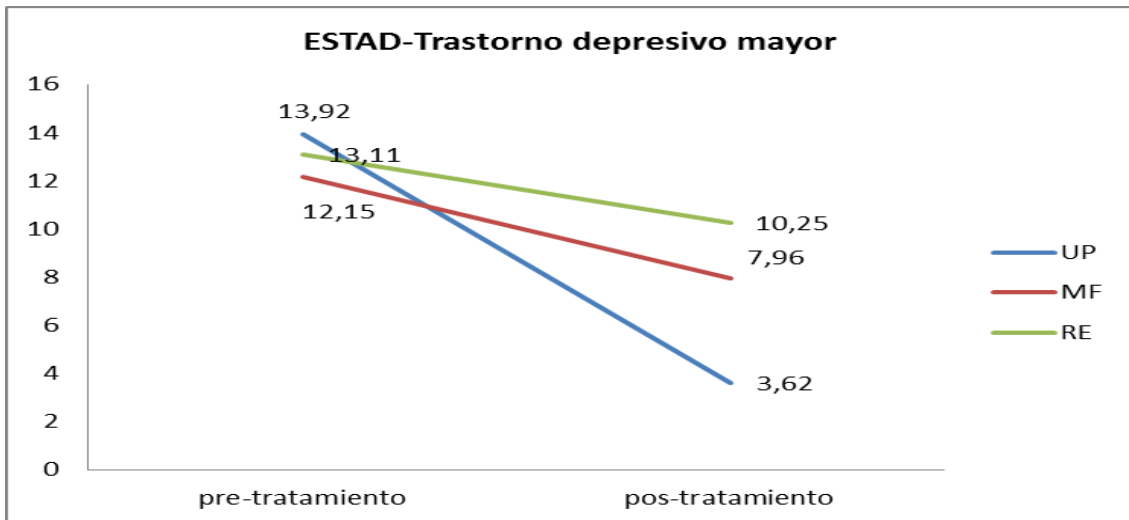


Figura 2.3. Cambio en depresión en los tres tratamientos (UP, RE, MF). *Nota:* ESTAD = Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión.

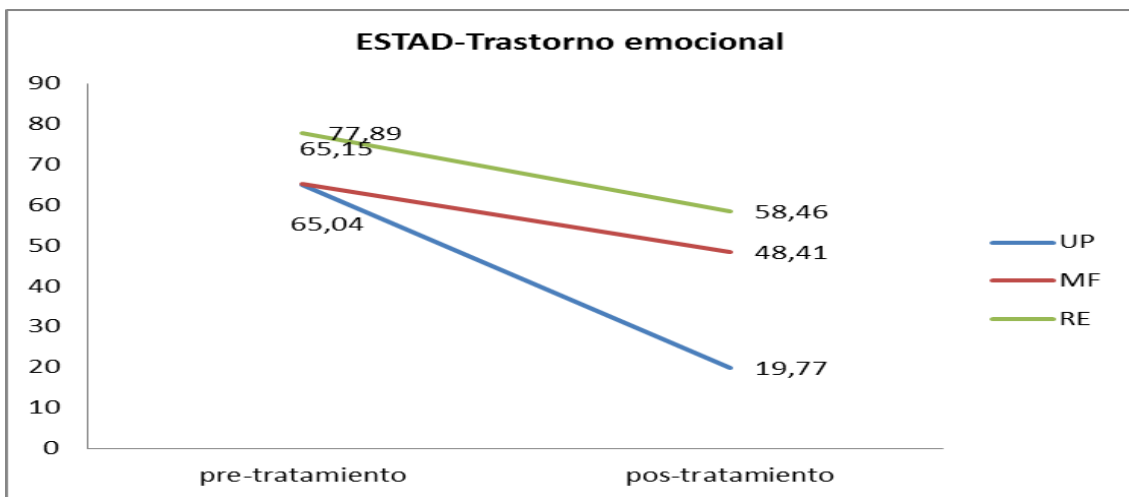


Figura 2.4. Cambio en trastorno emocional en los tres tratamientos (UP, RE, MF). *Nota:* ESTAD = Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión.

El análisis de las variables secundarias (síntomas de trastornos de ansiedad) mostró una disminución significativa ($p < .05$) entre las puntuaciones obtenidas en la evaluación inicial y la final en todas las variables y en todos los grupos, salvo algunas pequeñas excepciones (véase la Tabla 2.5, y las Figuras 2.5, 2.6., 2.7, 2.8, 2.9 y 2.10); p.ej. en los síntomas del trastorno de ansiedad a la enfermedad y en agorafobia no hubo cambios con el mindfulness, y no se produjo mejoría significativa en los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo en ningún grupo. Las puntuaciones en el grupo de tratamiento UP disminuyeron en mayor medida en el trastorno de ansiedad generalizada, seguida, por este orden, por el trastorno de pánico, la fobia social, el trastorno de ansiedad a la enfermedad y, finalmente, la agorafobia. Respecto al grupo de entrenamiento en relajación, se encontró una mayor eficacia de la intervención sobre el trastorno de ansiedad generalizada, seguido por el trastorno de ansiedad a la enfermedad, el trastorno de

pánico, la agorafobia y, finalmente, la fobia social. Por último, en el grupo que realizó la terapia de mindfulness, el trastorno de ansiedad generalizada fue, al igual que en los otros casos, aquel con mayor disminución sintomática, seguido por el trastorno de pánico y la fobia social; sin embargo, no se experimentó un cambio significativo en la clínica agorafóbica, ni en el trastorno de ansiedad a la enfermedad.

Al comparar las magnitudes del efecto de cada condición experimental para los síntomas ansiosos específicos, en la condición UP el tamaño del efecto fue elevado en el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y la fobia social. La relajación produjo un impacto alto en el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de ansiedad a la enfermedad, y moderado en los ataques de pánico y la agorafobia. El tamaño del efecto del mindfulness en el trastorno de ansiedad generalizada fue moderado y los restantes tamaño del efecto en los trastornos de ansiedad específicos fueron entre moderados y pequeños.

Tabla 2.5. Puntuaciones (medias y desviaciones típicas) pre y postratamiento de las variables secundarias en función de los grupos de tratamiento (UP, RE, MF). Tamaño del efecto (η^2 parcial y d de Cohen).

Variable	Pretratamiento	Posttratamiento	$F(1.25)$	η^2_p	d (Cohen)
	M (DT)	M (DT)	$F(1.27)$ $F(1.26)$		
ESTAD-AG					
UP	2.54 (3.94)	0.46 (0.76)	6.88*	0.22	0.71
RE	5.79 (4.65)	3.71 (4.21)	10.68*	0.28	0.47
MF	4.07 (6.97)	3.30 (6.64)	2.18	0.08	0.11
ESTAD-TP					
UP	10.69 (7.57)	2.08 (2.08)	36.83*	0.60	1.55
RE	12.50 (6.26)	9.07 (5.66)	11.18*	0.29	0.57
MF	9.19 (7.96)	5.74 (6.52)	10.64*	0.29	0.47
ESTAD-TAG					
UP	19.08 (4.34)	5.27 (2.03)	316.10*	0.93	4.07
RE	20.21 (3.40)	15.43 (4.08)	28.54*	0.51	1.27
MF	17.67 (4.63)	13.81 (5.62)	16.98*	0.40	0.75
ESTAD-FS					
UP	6.69 (5.94)	2.62 (2.50)	22.42*	0.47	0.89
RE	10.64 (5.93)	8.43 (5.53)	8.57*	0.24	0.39
MF	7.07 (5.53)	5.70 (5.51)	6.45*	0.20	0.25
ESTAD-TAE					
UP	6.19 (4.29)	3.54 (2.34)	18.47*	0.43	0.77
RE	6.36 (3.63)	3.32 (3.57)	29.16*	0.52	0.84
MF	6.56 (5.82)	5.44 (4.85)	2.39	0.08	0.21
ESTAD-TOC					
UP	3.06 (1.97)	2.46 (2.00)	1.36	0.05	0.16
RE	3.45 (2.04)	3.13 (2.32)	1.97	0.04	0.15
MF	3.31 (2.94)	2.76 (2.79)	2.04	0.07	0.19

Nota: UP = Protocolo Unificado; RE = Relajación; MF = Mindfulness; ESTAD = Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión; AG = Agorafobia; TP = Trastorno de pánico; TAG = Trastorno de ansiedad generalizada; FS = Fobia social; TAE = Trastorno de ansiedad a la enfermedad; TOC = Trastorno obsesivo-compulsivo. η^2_p = eta al cuadrado parcial. * $p < .05$.

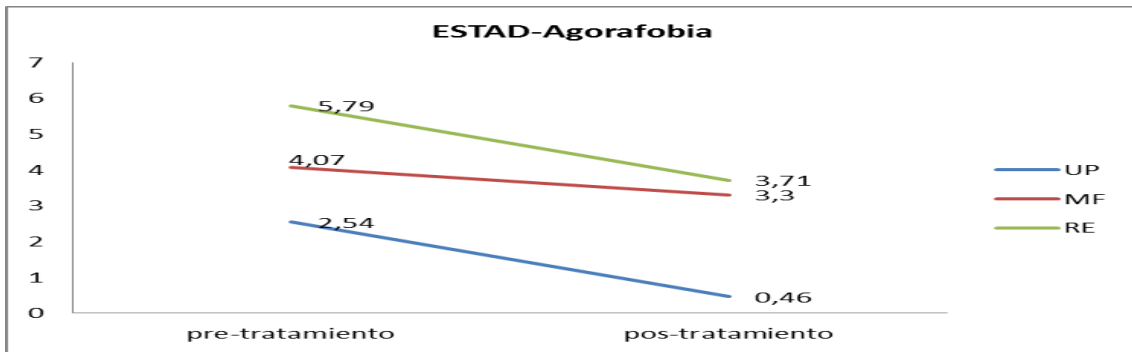


Figura 2.5. Cambio en agorafobia en los tres tratamientos (UP, RE, MF). *Nota:* ESTAD = Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión.

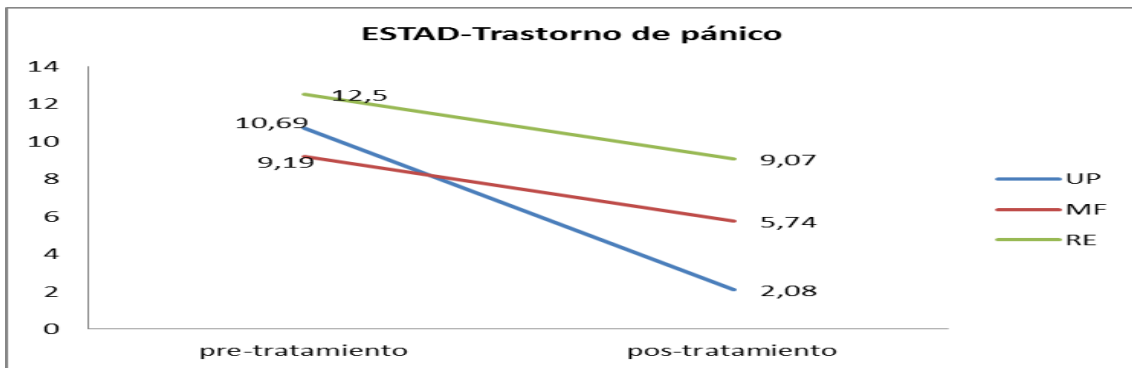


Figura 2.6. Cambio en trastorno de pánico en los tres tratamientos (UP, RE, MF). *Nota:* ESTAD = Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión.

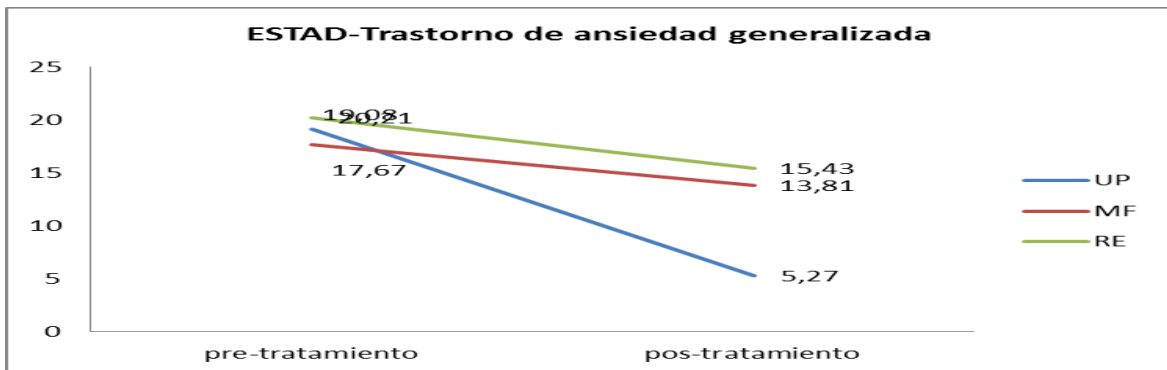


Figura 2.7. Cambio en trastorno de ansiedad generalizada en los tres tratamientos (UP, RE, MF). *Nota:* ESTAD = Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión.

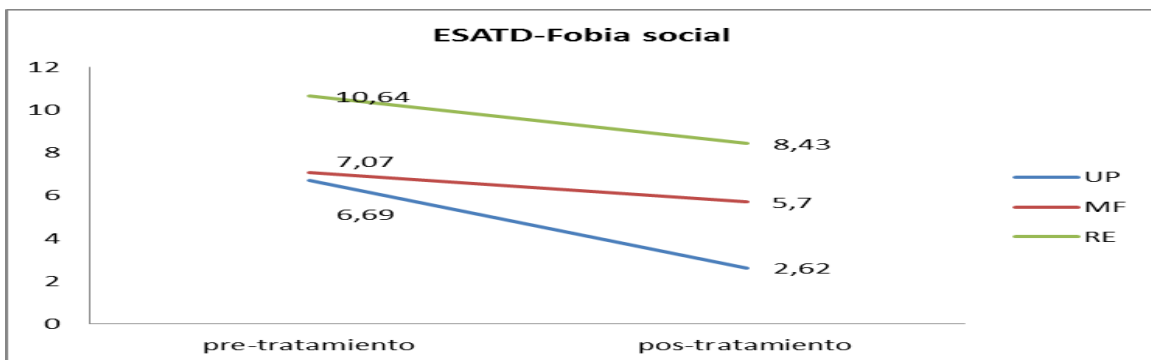


Figura 2.8. Cambio en fobia social en los tres tratamientos (UP, RE, MF). *Nota:* ESTAD = Escala de síntomas de los trastorno de ansiedad y depresión.

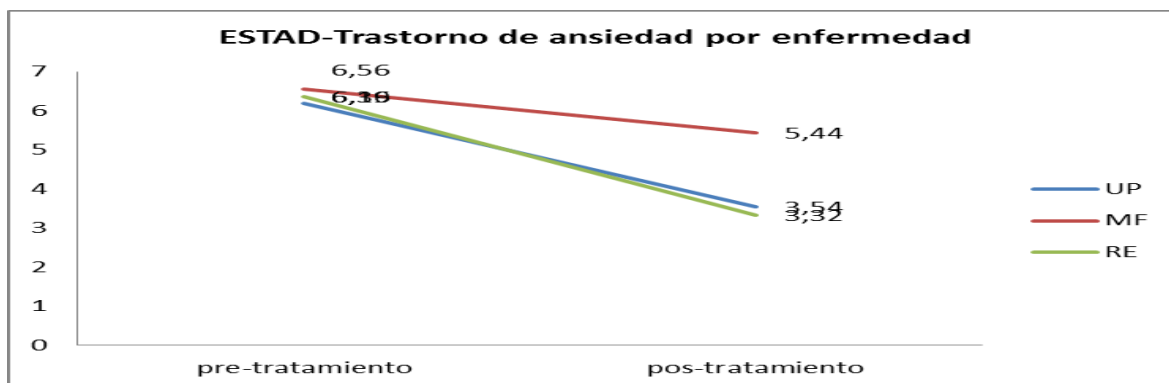


Figura 2.9. Cambio en trastorno de ansiedad a la enfermedad en los tres tratamientos (UP, RE, MF). *Nota:* ESTAD = Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión.

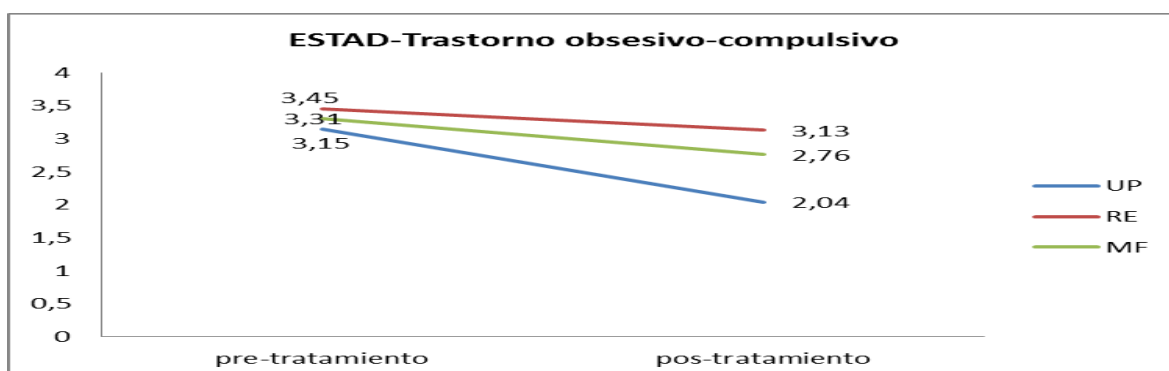


Figura 2.10. Cambio en trastorno obsesivo-compulsivo en los tres tratamientos (UP, RE, MF). *Nota:* ESTAD = Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión.

Centrándonos en las variables de constructos transdiagnósticos (afectividad, evitación interoceptiva, evitación emocional, perfeccionismo y sensibilidad a la ansiedad), las puntuaciones disminuyeron significativamente casi todas las medidas de los grupos, durante la condición de postratamiento ($p < .05$), salvo en el grupo de relajación, en el cual no se produjo una mejora significativa en evitación interoceptiva, evitación emocional y sensibilidad a la ansiedad (Tabla 2.6 y Figuras 2.11, 2.12, 2.13, 2.14, 2.15 y 2.16). En el grupo transdiagnóstico se encontró el mayor impacto sobre los constructos de afectividad; el afecto positivo aumentó y el negativo disminuyó. Las puntuaciones de los restantes factores transdiagnósticos también se redujeron de manera significativa, especialmente la evitación emocional, seguida, por este orden, por el perfeccionismo, la sensibilidad a la ansiedad y la evitación interoceptiva. La intervención basada en el entrenamiento en relajación produjo un efecto elevado sobre el perfeccionismo y el afecto negativo, y moderado sobre el afecto positivo. Sin embargo, las diferencias entre las puntuaciones obtenidas antes y después de la intervención no resultaron significativas en sensibilidad a la ansiedad, evitación interoceptiva y evitación emocional, y los correspondientes tamaños del efecto fueron pequeños. En cuanto al tratamiento basado en mindfulness, el mayor efecto se produjo sobre el perfeccionismo, seguido por la evitación emocional, el afecto positivo, el afecto negativo, la evitación interoceptiva y la sensibilidad a la

ansiedad, los tamaños del efecto fueron elevados, salvo en evitación interoceptiva y sensibilidad a la ansiedad que fueron medios.

Tabla 2.6. Puntuaciones (medias y desviaciones típicas) pre y postratamiento de las variables transdiagnósticas en función de los grupos de tratamiento (UP, RE, MF). Tamaño del efecto (η^2 parcial y d de Cohen).

Variable	Pretratamiento		Postratamiento		η^2_p	d (Cohen)
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)		
PANAS-P						
UP	21.31 (7.02)		35.54 (3.88)		0.84	2.51
RE	23.89 (6.73)		26.39 (5.50)		0.16	0.41
MF	24.15 (8.20)		30.89 (6.81)		0.49	0.89
PANAS-N						
UP	32.62 (5.89)		16.96 (2.78)		0.85	3.40
RE	36.61 (7.02)		30.21 (7.75)		0.31	0.87
MF	31.48 (8.34)		24.78 (7.48)		0.36	0.85
E EI						
UP	19.31 (13.51)		6.35 (5.94)		0.58	1.24
RE	24.21 (14.27)		24.18 (15.04)		0.00	0.00
MF	20.63 (12.86)		16.52 (14.24)		0.21	0.30
EASI-A						
UP	36.38 (10.97)		17.69 (7.27)		0.83	2.01
RE	32.79 (10.36)		32.61 (16.04)		0.00	0.01
MF	32.07 (9.50)		21.33 (13.61)		0.51	0.92
MPS						
UP	98.54 (27.91)		67.88 (17.57)		0.80	1.31
RE	114.11 (33.13)		85.43 (23.45)		0.74	1.00
MF	115.22 (33.33)		88.48 (23.51)		0.59	1.05
ASI-3						
UP	27.04 (14.18)		13.04 (12.43)		0.70	1.05
RE	30.43 (14.18)		29.11 (15.97)		0.01	0.09
MF	27.00 (18.42)		22.67 (16.26)		0.15	0.25

Nota: UP = Protocolo Unificado; RE = Relajación; MF = Mindfulness; PANAS-P = Escalas PANAS de Afecto Positivo; PANAS-N = Escalas PANAS de Afecto Negativo, EEI = Escala de Evitación Interoceptiva; EASI-A = Inventario de Evitación Emocional para Adolescentes; MPS = Escala Multidimensional de Perfeccionismo; ASI-3 = Índice de Sensibilidad a la Ansiedad. η^2_p = eta al cuadrado parcial. * $p < .05$.

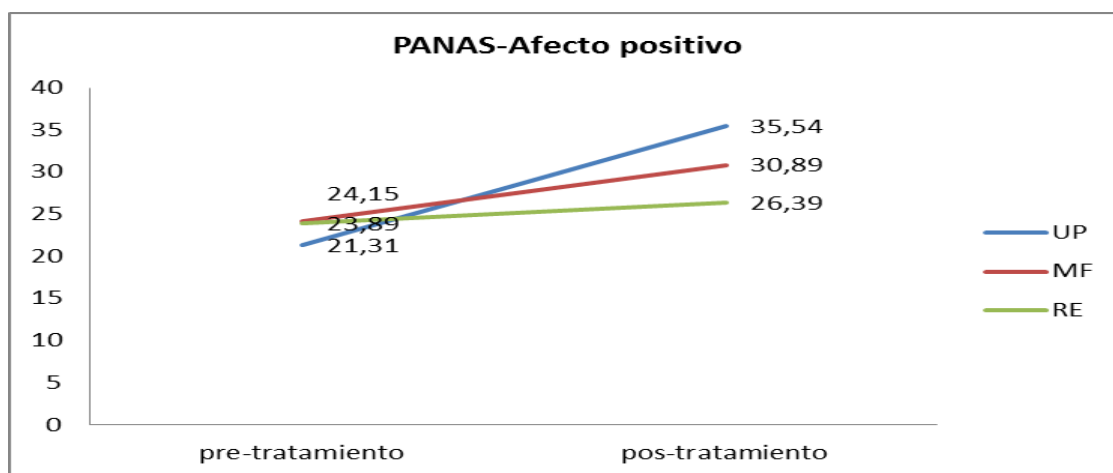


Figura 2.11. Cambio en afecto positivo en los tres tratamientos (UP, RE, MF).

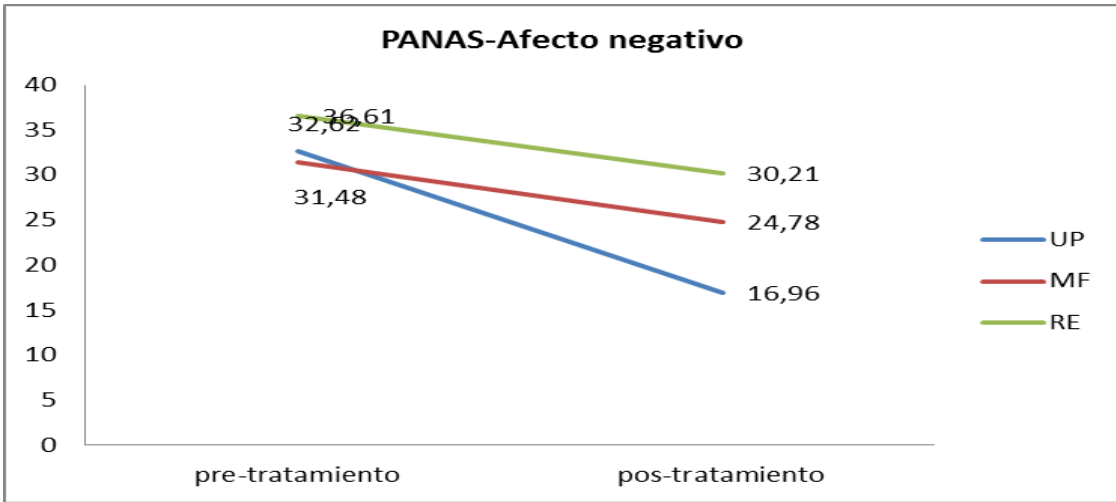


Figura 2.12.Cambio en afecto negativo en los tres tratamientos (UP, RE, MF).

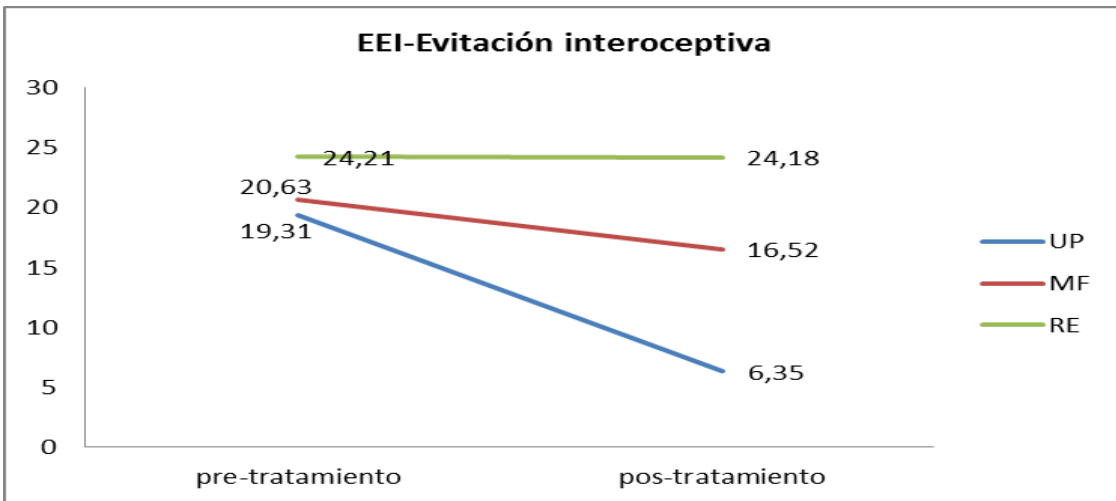


Figura 2.13.Cambio en evitación interoceptiva en los tres tratamientos (UP, RE, MF).

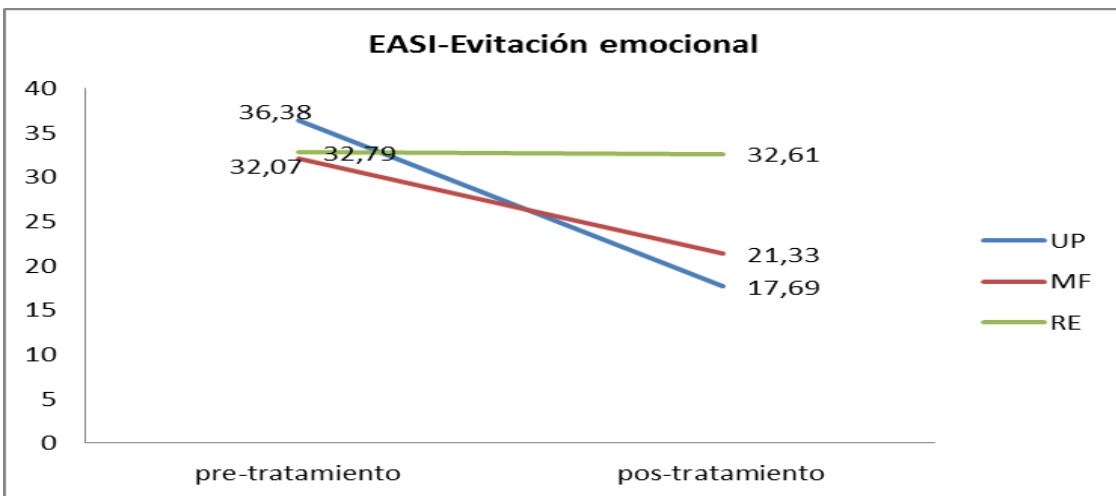


Figura 2.14.Cambio en evitación emocional en los tres tratamientos (UP, RE, MF).

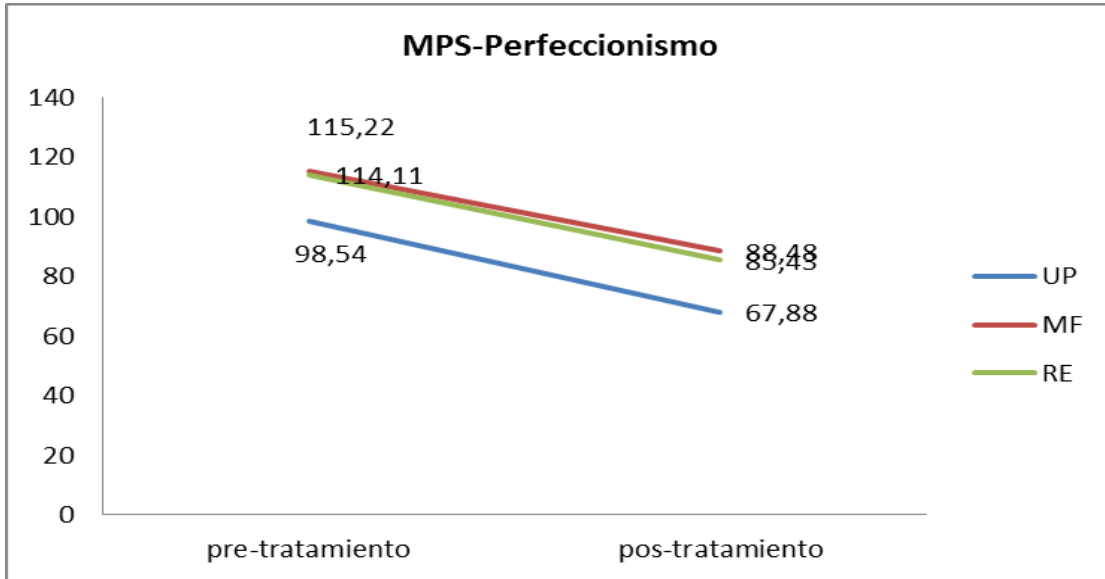


Figura 2.15. Cambio en perfeccionismo en los tres tratamientos (UP, RE, MF).

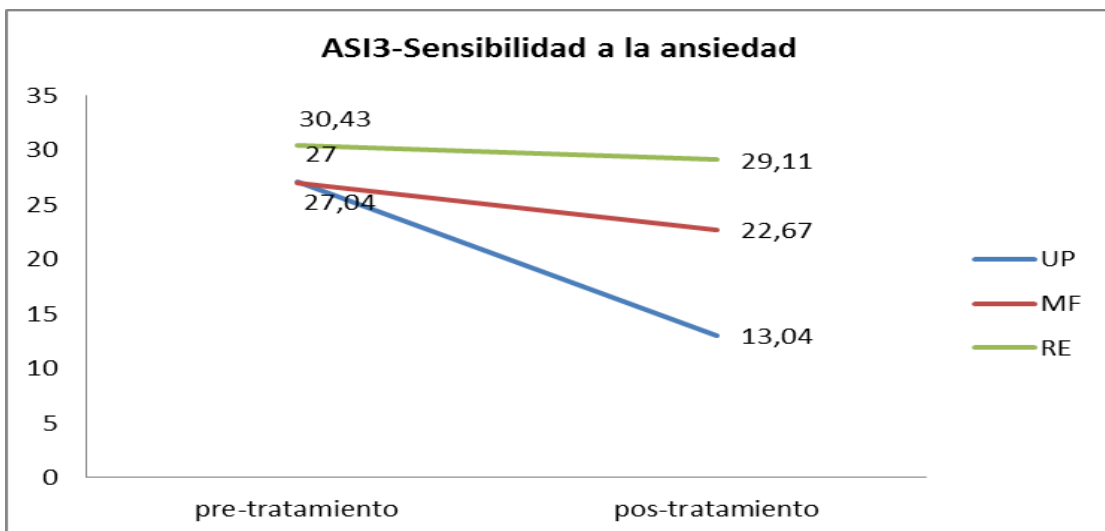


Figura 2.16. Cambio en sensibilidad a la ansiedad en los tres tratamientos (UP, RE, MF).

2.3.2. Diferencias en los efectos del tratamiento entre los grupos de transdiagnóstico, relajación y mindfulness

Para probar la segunda y tercera hipótesis, relativas a la posible obtención de mayores cambios en el grupo transdiagnóstico frente al entrenamiento en relajación y en mindfulness, así como la cuarta hipótesis, según la cual no habría diferencias significativas entre los grupos de mindfulness y relajación, se aplicó un diseño de ANCOVA en el que se introdujo como variable independiente el factor grupos (i.e., transdiagnóstico vs. relajación vs. mindfulness), como variable dependiente la puntuación postratamiento, y como covariable la puntuación obtenida

durante el pretratamiento. Así mismo, se evaluó entre qué grupos existían diferencias a través de la prueba *post-hoc* de Bonferroni.

Tras aplicar el ANCOVA constatamos en relación a las variables genéricas de ansiedad y depresión efectos significativos de la variable independiente grupo sobre las tres variables dependientes (i.e., ansiedad, depresión y trastorno emocional) (véase la Tabla 2.7). Estos resultados indican la existencia de diferencias significativas debidas al tipo de tratamiento utilizado. Para examinar entre qué grupos se daban las diferencias aplicamos la prueba de Bonferroni, constatando diferencias significativas entre el grupo transdiagnóstico y los dos grupos de control (relajación y mindfulness) a favor del primero. No encontramos diferencias entre los dos grupos de control.

Tabla 2.7. Puntuaciones (medias y desviaciones típicas) postratamiento de las variables primarias en función de los grupos de tratamiento (UP, RE, MF). Diferencias en el tamaño del efecto (*d* de Cohen).

Variable	Postratamiento <i>M</i> (<i>DT</i>)	<i>F</i> (2,80)	UP vs. RE <i>d</i> (Cohen)	UP vs. MF <i>d</i> (Cohen)	RE vs. MF <i>d</i> (Cohen)
EA		11.84*	1.99	2.43	0.44
UP	7.54 (2.90) ^a				
RE	17.14 (10.19) ^b				
MF	16.81 (10.29) ^b				
ESTAD-TDM		16.98*	2.2	1.91	0.29
UP	3.62 (2.28) ^a				
RE	10.25 (4.75) ^b				
MF	7.96 (6.36) ^b				
ESTAD		26.36*	2.67	3.04	0.37
UP	19.77 (5.94) ^a				
RE	58.46 (22.74) ^b				
MF	48.93 (30.84) ^b				

Nota: UP = Protocolo Unificado; RE = Relajación; MF = Mindfulness; EA = Escala de Ansiedad; ESTAD-TDM = Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión: Depresión; ESTAD = Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión. Las medias que comparten superíndice no muestran diferencias estadísticamente significativas entre sí. * $p < .05$.

Respecto a las variables específicas, no encontramos efectos significativos en agorafobia determinados por el factor grupos; todas las intervenciones proporcionaron resultados similares sobre este tipo de sintomatología. Los efectos sí fueron significativos para las variables del trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad a la enfermedad y fobia social. Tras aplicar la prueba de Bonferroni observamos una superioridad de la intervención transdiagnóstica frente a las dos restantes, cuyos resultados fueron similares (véase la Tabla 2.8). Una salvedad fue que el tratamiento transdiagnóstico y la relajación fueron más eficaces que el mindfulness en el trastorno de ansiedad a la enfermedad, no existiendo diferencias entre transdiagnóstico y relajación.

Tabla 2.8. Puntuaciones (medias y desviaciones típicas) postratamiento de las variables secundarias en función de los grupos de tratamiento (UP, RE, MF). Diferencias en el tamaño del efecto (*d* de Cohen).

Variable	Postratamiento		UP vs. RE	UP vs. MF	RE vs. MF
	<i>M</i> (<i>DT</i>)	<i>F</i> (2.80)	<i>d</i> (Cohen)	<i>d</i> (Cohen)	<i>d</i> (Cohen)
ESTAD-AG		2.55	0.24	0.60	0.36
UP	0.46 (0.76) ^a				
RE	3.71 (4.21) ^a				
MF	3.30 (6.64) ^a				
ESTAD-TP		14.92*	0.98	1.08	0.55
UP	2.08 (2.08) ^a				
RE	9.07 (5.66) ^b				
MF	5.74 (6.52) ^b				
ESTAD-TAG		52.64*	2.80	3.32	0.52
UP	5.27 (2.03) ^a				
RE	15.43 (4.08) ^b				
MF	13.81 (5.62) ^b				
ESTAD-FS		8.53*	0.50	0.64	0.14
UP	2.62 (2.50) ^a				
RE	8.43 (5.53) ^b				
MF	5.70 (5.51) ^b				
ESTAD-TAE		4.54*	0.07	0.56	0.63
UP	3.54 (2.34) ^a				
RE	3.32 (3.57) ^a				
MF	5.44 (4.85) ^b				

Nota: UP = Protocolo Unificado; RE = Relajación; MF = Mindfulness; ESTAD = Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión; AG = Agorafobia; TP = Trastorno de pánico; TAG = Trastorno de ansiedad generalizada; FS = Fobia social; TAE = Trastorno de ansiedad a la enfermedad. Las medias que comparten superíndice no muestran diferencias estadísticamente significativas entre sí. **p* < .05.

Como esperábamos, en los constructos transdiagnósticos (evitación interoceptiva, perfeccionismo y sensibilidad a la ansiedad) encontramos diferencias significativas al comparar el UP y los restantes tratamientos, con la excepción de la comparación del efecto del UP y del mindfulness en la evitación emocional, cuyos resultados fueron similares (Tabla 2.9). Las diferencias en afecto positivo y afecto negativo fueron significativas entre los tres grupos, y tras aplicar la prueba de Bonferroni se comprobó que la intervención transdiagnóstica fue superior a las dos restantes, y el mindfulness, a su vez, superior a la relajación. En los constructos evitación interoceptiva, perfeccionismo y sensibilidad a la ansiedad las diferencias fueron significativas al comparar UP y los grupos de control, y no existieron diferencias entre éstos últimos. Por último, en la evitación emocional solo encontramos diferencias entre UP y mindfulness frente a la relajación, a favor de una mayor mejoría en los primeros.

Tabla 2.9. Puntuaciones (medias y desviaciones típicas) postratamiento de las variables transdiagnósticas en función de los grupos de tratamiento (UP, RE, MF). Diferencias en el tamaño del efecto (*d* de Cohen).

Variable	Postratamiento		UP vs. RE	UP vs. MF	RE vs. MF
	<i>M</i> (<i>DT</i>)	<i>F</i> (2.80)	<i>d</i> (Cohen)	<i>d</i> (Cohen)	<i>d</i> (Cohen)
PANAS-P		30.97*	2.10	1.62	0.48
UP	35.54 (3.88) ^a				
RE	26.83 (6.64) ^c				
MF	30.89 (6.81) ^b				
PANAS-N		25.51*	2.53	2.55	0.03
UP	16.96 (2.78) ^a				
RE	30.21 (7.75) ^c				
MF	24.78 (7.48) ^b				
EEI		18.07*	1.24	0.94	0.30
UP	6.35 (5.94) ^a				
RE	24.18 (15.04) ^b				
MF	16.52 (14.24) ^b				
EASI-A		33.77*	2.00	1.09	0.91
UP	17.69 (7.27) ^a				
RE	32.61 (16.04) ^b				
MF	21.33 (13.61) ^a				
MPS		5.44*	0.31	0.26	0.05
UP	67.88 (17.57) ^a				
RE	85.43 (23.45) ^b				
MF	88.48 (23.51) ^b				
ASI-3		12.19*	0.64	0.80	0.16
UP	13.04 (12.43) ^a				
RE	29.11 (15.97) ^b				
MF	22.67 (16.26) ^b				

Nota: UP = Protocolo Unificado; RE = Relajación; MF = Mindfulness; PANAS-P = Escalas PANAS de Afecto Positivo; PANAS-N = Escalas PANAS de Afecto Negativo, EEI total = Escala de Evitación Interoceptiva; EASI-A = Inventario de evitación emocional para adolescentes; MPS = Escala Multidimensional de Perfeccionismo; ASI-3 = Índice de Sensibilidad a la Ansiedad. Las medias que comparten superíndice no muestran diferencias estadísticamente significativas entre sí. * $p < .05$.

2.4. Discusión

En el presente estudio examinamos los efectos de tres tipos de intervenciones aplicadas en formato de grupo, i.e., la terapia transdiagnóstica, el entrenamiento en relajación, y un programa de reducción del estrés basado en mindfulness. Comparamos la eficacia de dichos tratamientos sobre variables primarias (ansiedad y depresión), secundarias (específicas de cada trastorno emocional), y transdiagnósticas (constructos transdiagnósticos seleccionados).

Mediante la primera hipótesis queríamos probar si las tres formas de tratamiento se asociaban a cambios favorables en los tres tipos de variables estudiadas (primarias, secundarias y transdiagnósticas). Constatamos que las intervenciones fueron eficaces con las tres formas de tratamiento. No obstante, conviene señalar que ninguna intervención tuvo efectos sobre el trastorno obsesivo-compulsivo y que en la intervención con mindfulness no se produjeron cambios significativos en los síntomas agorafóbicos y en el trastorno de ansiedad a la enfermedad. Igualmente, conviene indicar que el entrenamiento en relajación no tuvo efectos

sobre los tres constructos transdiagnósticos siguientes: evitación interoceptiva, evitación emocional y sensibilidad a la ansiedad.

Los tamaños de efecto del UP fueron elevados en las variables primarias, altos en algunas secundarias (trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y fobia social) y moderados en otras (agorafobia y trastorno de ansiedad a la enfermedad). La relajación produjo un cambio elevado en los niveles genéricos de ansiedad, en el nivel global del desorden emocional, en el trastorno de ansiedad generalizada, en el trastorno de ansiedad a la enfermedad y en el constructo transdiagnóstico general de afecto negativo. El impacto fue moderado sobre los síntomas de depresión, la agorafobia, el trastorno de pánico y el afecto positivo, y pequeño sobre la fobia social. En cuanto al mindfulness, el tamaño del efecto sobre los síntomas primarios, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, el constructo de afectividad, i.e., afecto positivo y negativo, la evitación emocional y el perfeccionismo fue entre moderado y alto. En la fobia social, la evitación interoceptiva y la sensibilidad a la ansiedad la magnitud del efecto fue pequeña.

También habíamos hipotetizado que el transdiagnóstico debía ser superior a la relajación (Hipótesis 2) y al mindfulness (Hipótesis 3) para reducir los síntomas primarios, secundarios, así como también los valores de los constructos transdiagnósticos. No esperábamos diferencias entre la eficacia de la relajación y el mindfulness (Hipótesis 4). Al comparar la eficacia de los tres tipos de intervención, los datos apoyaron parcialmente estas tres hipótesis. En general, el UP mostró mayor eficacia frente al entrenamiento en relajación y el mindfulness (sin diferencias significativas entre estas dos últimas intervenciones) en las tres categorías de variables (primarias, secundarias y transdiagnósticas). Concretamente, se encontró una superioridad del tratamiento transdiagnóstico en todas las variables genéricas (ansiedad, depresión, y trastorno emocional) y en algunas variables secundarias (trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y fobia social). Los efectos de los tres tratamientos fueron similares en agorafobia, la relajación se mostró más eficaz que el mindfulness en el tratamiento del trastorno de ansiedad a la enfermedad. En cuanto a los constructos transdiagnósticos, las diferencias en afecto positivo y negativo entre los tres grupos fueron significativas, produciendo el UP resultados más positivos, seguido por el mindfulness y, finalmente la relajación. Así mismo, el UP fue más eficaz para reducir la evitación interoceptiva, el perfeccionismo y la sensibilidad a la ansiedad, mientras que la relajación y el mindfulness proporcionaron resultados equivalentes. El mindfulness y el tratamiento transdiagnóstico mostraron efectos similares sobre la evitación emocional, y éstos fueron superiores que los obtenidos a través del entrenamiento en relajación.

Si retomamos el primer estudio de la presente tesis doctoral, constatamos la eficacia del protocolo transdiagnóstico aplicado en formato grupal a una muestra de 51 pacientes con comorbilidad múltiple en un Centro de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, resaltando su

posible eficiencia en los servicios públicos de salud mental. Continuando con nuestra línea expositiva, y dando un paso más, en este segundo estudio se ha procedido a probar la eficacia comparativa de diferentes intervenciones grupales dirigidas al tratamiento de los trastornos emocionales. Concretamente, comparamos los efectos del UP con los de una técnica que cuenta con una larga tradición en el campo de la psicología, como es la relajación, y con el entrenamiento basado en mindfulness, que en el momento actual es una estrategia en auge en los contextos de la salud y la salud mental.

Las estrategias de relajación y de mindfulness han sido aplicadas como estrategias únicas o bien incluidas como herramientas de intervenciones integradas en otras terapias para tratar los síntomas de depresión y ansiedad. Distintos estudios apoyan la eficacia del mindfulness y de la terapia basada en mindfulness (Segal, William y Teasdale, 2002), como estrategias únicas en el tratamiento de los desórdenes emocionales. Roemer y Orsillo (2007) encontraron una mejoría sostenida aplicando el mindfulness a los tres meses de seguimiento en 13 pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad generalizada; además, tras las intervenciones basadas en mindfulness se ha observado una disminución de las preocupaciones, consideradas el principal constructo transdiagnóstico asociado al trastorno (Arch et al., 2013), y una mejora de los biomarcadores del estrés (glucocorticoide y citocinas proinflamatorias), que generalmente aparecen asociados en dicho trastorno, tras la aplicación de este tipo de tratamiento (Hoge et al., 2018). Nuestros resultados apuntan hacia un tamaño del efecto moderado-alto sobre dicho trastorno, mucho menor que el obtenido tras la aplicación del UP. Otros estudios han demostrado la eficacia del mindfulness en muestras con heterogeneidad psicopatológica, incluyendo ataques de pánico, depresión y agorafobia (Capobianco, Reeves, Morrison y Wells, 2018; Miller, Fletcher y Kabat-Zinn, 1995). En el presente estudio la mejoría en los síntomas agorafóbicos fue equiparable a la obtenida a través de la intervención transdiagnóstica y el entrenamiento en relajación, y en los restantes síntomas de los trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y fobia social) mostró resultados similares a los de la relajación, y menores que el UP, salvo en el trastorno de ansiedad a la enfermedad que obtuvo menor grado de efecto que la relajación.

Cuando el trastorno principal era de ansiedad, algunos estudios han sugerido que el mindfulness tiene efectos sobre la clínica comórbida depresiva (Kabat-Zinn et al., 1992), si bien el tamaño del efecto es menor sobre esta sintomatología (Vøllestad, Sivertsen y Nielsen, 2011). Nuestros resultados coinciden parcialmente con los estudios previos, ya que el mindfulness fue en general más eficaz sobre los síntomas de ansiedad que sobre los depresivos.

Al comparar en la bibliografía existente la eficacia de las aplicaciones grupales del mindfulness y de la TCC se ha encontrado similar mejoría en el trastorno de ansiedad con ambos tratamientos, un mayor efecto de la TCC sobre la hiperactivación fisiológica, sobre la sensibilidad a la ansiedad y sobre los síntomas depresivos leves, y un mayor impacto del

mindfulness sobre los síntomas depresivos moderados y altos, así como sobre los trastornos comórbidos (Arch y Ayers, 2013; Arch et al., 2013; Miró et al., 2011). En nuestro caso, tal y como se ha comentado previamente, la intervención basada en mindfulness se asoció a una magnitud del efecto sobre la sintomatología ansiosa levemente mayor que sobre la depresiva, aunque la eficacia sobre los síntomas generales de ansiedad y del trastorno emocional fue menor que la del protocolo transdiagnóstico.

A la vista de la posible eficacia del mindfulness sobre los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, varios autores han desarrollado protocolos transdiagnósticos incluyendo módulos específicos de atención y conciencia plena para el tratamiento de la ansiedad y la depresión (Arpin-Cribbie, Irvine y Ritvo, 2012; Arpin-Cribbie et al., 2008; García-Escalera et al., 2017), así como para su prevención (Dozois, Seeds y Collins, 2009). Los propios autores del UP diseñaron un módulo específico de atención y conciencia plena centradas en el presente sin juzgar, cuyo objetivo principal fue la disminución de la evitación interoceptiva, emocional y situacional (Barlow et al., 2011, 2018). En población infantil con ansiedad y depresión se está trabajando en la actualidad sobre la prevención de la evitación emocional a través de la atención plena, integrado en un protocolo unificado más amplio (Ehrenreich-May et al., 2012; Ehrenreich-May, Kennedy, Sherman, Bilek y Barlow, 2018). En cualquier caso, en nuestro estudio el mindfulness ha resultado ser una técnica terapéutica mucho menos eficaz que la TCC-T (a través del UP) para la reducción de cualquier tipo de síntomas y/o constructos transdiagnósticos relacionados con los trastornos de ansiedad y depresión.

Cabría pensar que parte del efecto del UP sobre la evitación emocional podría deberse al entrenamiento en atención plena, si bien, en un análisis más minucioso al observar por separado la eficacia de cada intervención, se comprueba que la reducción en estos constructos es mayor en la intervención transdiagnóstica, por lo que podría afirmarse que los principales efectos terapéuticos se asocian a otros mecanismos independientes del mindfulness, tales como los relacionados con la exposición o la reestructuración cognitiva; y esto sin descartar un posible papel del entrenamiento en atención plena incluido en el protocolo del UP.

Respecto a las medidas de perfeccionismo, a pesar de que algunos protocolos han incluido un módulo de mindfulness para su tratamiento y han encontrado resultados positivos (Arpin-Cribbie et al., 2008, 2012), en nuestro trabajo la intervención transdiagnóstica provocó claramente un mayor cambio que el entrenamiento en mindfulness. Así mismo, la comparación de los efectos sobre el afecto positivo y negativo indicó que el UP actuó con más potencia sobre dicha variable que el mindfulness, y éste a su vez que la relajación.

Centrándonos en la relajación, múltiples estudios a lo largo de las últimas décadas han analizado su eficacia, si bien los resultados son muy dispares debido a factores como el gran volumen de publicaciones con diferentes metodologías, los distintos trastornos incluidos y la técnica particular de desactivación estudiada. Algunos trabajos han mostrado su eficacia y un

impacto medio-elevado sobre los síntomas de ansiedad (Carlson y Hoyle, 1993; Manzoni, Paganini, Castelnuovo, y Molinari, 2008), especialmente sobre el trastorno de ansiedad generalizada debido a que éste conlleva mayor tensión muscular (Arntz, 2003; Öst y Breitholtz, 2000; Hoyer et al., 2009; Siev y Chambless, 2007); existe cierta controversia en torno a si deberían ser los trastornos de ansiedad o los trastornos crónicos de salud su campo de aplicación fundamental (Blanco et al., 2014; Hyman, Feldman, Harris, Levin y Malloy, 1989). En nuestro estudio se encontró un mayor efecto de la relajación frente al mindfulness en el trastorno de ansiedad a la enfermedad. Sin embargo, los resultados sobre el efecto de la relajación en la depresión se hallan menos estudiados hasta el momento, si bien Öst y Breitholtz (2000) defendieron su aplicación en dicha patología. En general, y salvo pequeñas diferencias, podría afirmarse que con la relajación y el mindfulness se obtienen beneficios similares, aunque inferiores a los obtenidos mediante la TCC-T.

Un volumen importante de investigaciones plantean que la activación fisiológica y la preocupación no disminuyen tras el entrenamiento en relajación en aquellos pacientes con trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de pánico, y coinciden en que las intervenciones cognitivas conductuales clásicas son más eficaces (Arntz y van den Hout, 1996; Conrad y Roth, 2007; Donegan y Dugas, 2012; Siev y Chambeless, 2007; Stevens, Hynan, Allen, Braun, McCart; 2007). Otros estudios de meta-análisis defienden que no se producen diferencias estadísticamente significativas entre la aplicación de la relajación como estrategia única o en combinación con otras técnicas (Sánchez, Rosa y Olivares, 1998). En nuestro caso, la relajación provocó cambios significativos en todos los trastornos emocionales estudiados, si bien los resultados no alcanzaron la significación estadística en varios de los constructos transdiagnósticos evaluados: evitación interoceptiva, evitación emocional y sensibilidad a la ansiedad. En ese sentido, la relajación no parece una intervención que opere sobre los mecanismos comunes a los trastornos emocionales y no podría considerarse una intervención transdiagnóstica. Sin embargo, dichos constructos mejoraron especialmente en el grupo UP, y en tres de ellos, la evitación emocional, el afecto positivo y el negativo, destacó el mindfulness frente a la relajación. Hasta donde sabemos pocos estudios han investigado el impacto de la relajación sobre los factores transdiagnósticos asociados a los trastornos emocionales, si bien se ha encontrado que incide sobre la preocupación (Öst y Breitholtz, 2000), constructo asociado al trastorno de ansiedad generalizada, y algunos autores plantean que es una estrategia a la que se recurre con frecuencia como técnica de intervención cuando aparece comorbilidad psicopatológica (Blanco et al., 2014).

Cuando comparamos los efectos de la relajación con los de la intervención transdiagnóstica constatamos diferencias significativas en los síntomas genéricos; la eficacia del UP fue mayor sobre las tres variables primarias (ansiedad, depresión y trastorno emocional), lo que nuevamente avala su mayor impacto sobre los síntomas principales del trastorno emocional.

Respecto a los síntomas específicos, también hubo una eficacia diferencial entre ambos tratamientos sobre todos los diagnósticos concretos salvo el trastorno obsesivo-compulsivo (ningún tratamiento resultó eficaz).

En cualquier caso, la relajación al igual que el mindfulness, pueden entenderse como técnicas que pueden servir como módulos complementarios en los protocolos de TCC-T. Del mismo modo, la relajación se ha venido utilizando como herramienta en protocolos más amplios (Arpin-Cribbie et al., 2008, 2012; Dear et al., 2011; Erickson, 2003; Erickson et al., 2007; Erickson, Janeck y Tallman, 2009; Hooke y Page, 2002; Sánchez, 2004; Titov et al., 2012).

Los resultados expuestos apoyan en general una mayor eficacia de la intervención transdiagnóstica sobre los tres tipos de variables, y en casi todas las variables se produce una recuperación mayor en la condición UP. Las tres intervenciones poseen las ventajas comentadas atrás, relacionadas con el uso de un formato grupal o la posibilidad de inclusión de pacientes con trastornos heterogéneos. No obstante, la superioridad del UP es manifiesta, y se sugiere como tratamiento de elección para este tipo de pacientes.

3. *Discusión general*

La presente tesis se ha llevado a cabo con una doble finalidad; por un lado se pretendía examinar la eficacia de la aplicación en formato grupal del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales de Barlow et al. (2011) en casos de compleja comorbilidad psicopatológica y, por otro, queríamos comparar su eficacia con la de otros tratamientos grupales basados en entrenamiento en relajación y mindfulness. Para ello hemos llevado a cabo dos estudios sucesivos.

En el primer estudio examinamos los efectos de la intervención transdiagnóstica en una muestra de 51 pacientes con elevada comorbilidad psicopatológica (de tres o más trastornos emocionales) atendidos en un Centro de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Se aplicó un diseño no controlado (*open trial*) y constatamos que el protocolo tenía un efecto beneficioso significativo sobre los tres tipos de medidas de ansiedad y depresión evaluadas (primarias, secundarias y transdiagnósticas).

A través de una intervención de nueve sesiones de hora y media de duración en grupos de diez pacientes aplicamos los principales contenidos de cada módulo, así como las asignaciones de tareas para casa elaboradas desde el propio manual y se obtuvo una mejoría clínica significativa. Aunque la eficacia fue significativa, tanto para la reducción de los síntomas de ansiedad como de los depresivos, se encontró una eficacia ligeramente superior sobre los síntomas ansiosos que sobre los depresivos, un mayor efecto sobre los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno depresivo mayor y el trastorno de pánico, y un importante efecto sobre distintos constructos transdiagnósticos incluidos (la afectividad positiva y negativa, la evitación emocional, los pensamientos automáticos negativos, la evitación interoceptiva, y la sensibilidad a la ansiedad). Los efectos positivos del programa de intervención también fueron hallados, tal y como se hipotetizaba, a través de la evaluación clínica realizada por el profesional de referencia. Todos los beneficios terapéuticos se mantuvieron a los tres y seis meses de seguimiento; en algunos casos las ganancias incluso continuaron ascendiendo. La tasa de remisión del diagnóstico principal fue del 86,3% y la del comórbido algo superior (94,1%); ambos porcentajes aumentaron al 92 y 96%, respectivamente, en el seguimiento de los seis meses, reflejándose el efecto del protocolo especialmente sobre la clínica comórbida. Por último, dicho protocolo contó con unas cifras de aceptabilidad y satisfacción adecuadas.

En el segundo estudio se comparó la eficacia del UP con dos estrategias de intervención habituales, i.e., el entrenamiento en relajación y el mindfulness, sobre variables relacionadas con los trastornos emocionales (primarias, secundarias o específicas, y transdiagnósticas). El estudio se llevó a cabo en el mismo Centro de Salud Mental que el Estudio 1. La muestra de 81 pacientes fue asignada aleatoriamente a cada uno de los tipos de intervención (UP, relajación y

mindfulness). Se esperaba que, si bien cada tratamiento produciría efectos positivos sobre las variables evaluadas, el tratamiento transdiagnóstico tendría mayor eficacia que las restantes intervenciones. Se encontró que las tres estrategias de intervención tuvieron efectos positivos sobre los tres tipos de variables, salvo sobre los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo, que no hubo cambios. Al comparar las diferentes estrategias encontramos que el tratamiento transdiagnóstico tuvo un mayor efecto sobre los síntomas de ansiedad y depresión y sobre los constructos transdiagnósticos que las otras dos condiciones.

La utilidad de las aplicaciones grupales de otros protocolos transdiagnósticos para el tratamiento de los trastornos de ansiedad basados en la terapia cognitivo-conductual ya había sido estudiada previamente en comparación a la TCC y a la relajación (véase el meta-análisis de García-Escalera et al., 2016a). Se ha planteado que la intervención transdiagnóstica en formato grupal posee propiedades más beneficiosas que la terapia individual como aceptar la heterogeneidad grupal que permite una formación más inmediata de grupos y el ahorro de recursos económicos, personales y temporales (Belloch, 2012), al proporcionar resultados similares a través de un único protocolo y, por tanto, poder prescindir de una aplicación secuencial de protocolos específicos, con el consecuente aumento de la eficiencia (Barlow et al., 2017).

Resulta llamativo que, aunque el objetivo de las intervenciones transdiagnósticas reside principalmente en abordar los mecanismos transdiagnósticos nucleares de los trastornos emocionales (Barlow et al., 2011), sin embargo los estudios básicamente solo se han centrado, en primera instancia, en analizar su impacto sobre las manifestaciones sintomáticas de los trastornos emocionales, especialmente las relacionadas con los trastornos de ansiedad, como la ansiedad generalizada, el pánico, la agorafobia y la fobia social. Conviene reseñar que en la mayoría de las investigaciones se ha omitido analizar el impacto de las intervenciones en casos de elevada comorbilidad y sobre el posible cambio producido en los constructos transdiagnósticos, cuando, sin embargo, ambas cuestiones serían inherentes al enfoque aplicado del transdiagnóstico y se relacionan estrechamente con su surgimiento.

Por tanto, resulta necesario estudiar los efectos de este tipo de intervenciones sobre ambos parámetros, ya que la comorbilidad es un hallazgo tan frecuente en la práctica clínica que parece más la regla que la excepción (Sandín et al., 2012), por lo que se convierte en fundamental disponer de estrategias terapéuticas eficaces que permitan dar una adecuada respuesta al fenómeno. Así mismo, hay que considerar que si los trastornos emocionales cuentan con factores y procesos subyacentes comunes (Sandín et al., 2012), intervenir directamente sobre ellos permitiría, además de una recuperación relacionada con un cambio dimensional, la posibilidad de prevenir el desarrollo de este tipo de patologías al actuar directamente sobre los mecanismos nucleares (García-Escalera et al., 2016a). Una de las ventajas del UP frente a la mayoría de los protocolos transdiagnósticos existentes es que también se focaliza en la

intervención de los trastornos depresivos y otros trastornos mentales con manifestaciones emocionales alteradas (Barlow y Farchione, 2018).

Se ha defendido la mayor eficiencia de los protocolos de TCC-T de grupo en los servicios públicos, porque presenta varias ventajas respecto a la TCC tradicional en cuanto al uso más eficiente de recursos humanos, económicos y temporales (Belloch, 2012), proporcionando una frecuencia asistencial (en este caso semanal) que de otra manera sería prácticamente inviable, una reducción de los tiempos de espera para acceder a los tratamientos, una formación de los profesionales menos diseminada y más especializada en una intervención concreta, y la inclusión de posibles efectos terapéuticos beneficiosos inherentes al propio encuadre grupal.

En cuanto al enfoque individual de la TCC-T, una de sus potencialidades es que se dirige a promover el diseño de protocolos adaptados en mayor medida a los mecanismos comunes, permitiendo una aplicación individualizada, y a la vez permite que un mismo protocolo pueda ser aplicado a un alto rango de diagnósticos que compartan esos mecanismos (Belloch, 2012). De este modo se ofrece una intervención estandarizada que, a su vez, permite cierta flexibilidad en la actuación sobre los factores transdiagnósticos, en función de cada caso particular.

En un estudio previo analizamos precisamente el efecto del UP en un caso clínico con elevada y compleja comorbilidad psicopatológica (trastorno depresivo mayor recurrente, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y fobia específica a las agujas) sobre los tres tipos de medidas mencionados previamente, a saber, las variables generales, las específicas y las transdiagnósticas (Rosique et al., 2018). Los resultados indicaron un mantenimiento de las ganancias a los tres y seis meses. Los contenidos del programa se efectuaron según las indicaciones del UP (Barlow et al., 2011), aunque se abrevió la duración. A través de una intervención de 45 minutos semanales durante dos meses y una semana, se obtuvo un cambio favorable en todas las medidas estudiadas. En el caso indicado, la paciente mostraba puntuaciones altas en ansiedad, depresión, preocupación y afecto negativo, puntuaciones entre moderadas y altas en pánico, evitación interoceptiva, interferencia de la evitación interoceptiva, sensibilidad a la ansiedad (especialmente en la dimensión física), y bajas en afecto positivo. La exposición a las sensaciones interoceptivas, abordadas en el sexto módulo, cuyo objetivo principal era fomentar la tolerancia al componente físico o fisiológico de la emoción, fue en este caso posiblemente una herramienta fundamental para el cambio terapéutico. Podría considerarse que el hecho de provocar voluntariamente sensaciones físicas similares a las experimentadas cuando surge una emoción de manera intensa impactaría sobre constructos transdiagnósticos intermedios como la evitación interoceptiva o la dimensión física de la sensibilidad a la ansiedad. Así mismo, la marcada disminución de la interferencia asociada a la evitación interoceptiva podría explicarse, bien por la valoración sin juzgar fomentada a través del

mindfulness o bien por la propia disminución de la evitación. Todo ello nos hace pensar en que la intervención sobre estos procesos puede ser una estrategia eficaz para el tratamiento de los trastornos emocionales, concretamente de los procesos compartidos que contribuyen causalmente al desarrollo y/o mantenimiento de los síntomas asociados a las patologías (Sandín et al., 2012).

Los resultados del segundo estudio fueron muy positivos en el caso de la condición en la que se aplicó el UP. Los efectos del mindfulness y del protocolo transdiagnóstico en la evitación emocional fueron equiparables, aunque ligeramente superiores en el grupo de TCC-T. Uno de los componentes del UP es el entrenamiento en conciencia plena y la realización de breves ejercicios de mindfulness, así como el trabajo con la atención centrada en el presente y la promoción de una actitud no juiciosa. Dado que solo un módulo del UP, al que se sugiere dedicar un máximo de dos sesiones, incluye este aprendizaje, lo que resulta muy breve si se compara con otras intervenciones que incluyen todo el programa de entrenamiento en mindfulness, cabría plantearse si sería interesante, a la vista de los resultados obtenidos en el constructo transdiagnóstico de evitación emocional, dedicar alguna sesión más con esta técnica. Además, las encuestas anónimas de satisfacción resaltaron precisamente el mindfulness como una de las dos estrategias consideradas más útiles, junto con la exposición y la supresión de la evitación, y no parecía presentar una elevada dificultad en comparación con otras técnicas como la exposición o la supresión de las conductas impulsadas por las emociones.

Los trastornos emocionales precisan de un adecuado abordaje dentro del sistema sanitario dado el gran impacto que presentan en la práctica clínica. Su elevada incidencia y prevalencia subrayan la necesidad de desarrollar estrategias adaptadas a las necesidades del paciente, que resulten eficaces tanto a nivel nomotético como ideográfico. Como se ha indicado con anterioridad, el enfoque transdiagnóstico surge como tentativa a la necesidad de dar respuestas a cuestiones como la comorbilidad y la existencia de factores o procesos comunes que originan y mantienen los trastornos emocionales. Desde este posicionamiento se permite integrar distintas herramientas terapéuticas para ofrecer una intervención a una población diana mayor que la que se facilitan en las técnicas cognitivo conductuales clásicas, centradas en el abordaje de un trastorno específico y único, sin atender a la posibilidad de que los trastornos sean distintas expresiones de una misma categoría superior, tal como plantea Andrews (1990). Teniendo en cuenta el elevado peso que parecen tener los factores transdiagnósticos comunes en los trastornos emocionales (Aldao, 2012; Barlow et al., 2004; Egan et al., 2012; Ferrer et al., 2018; Pineda 2018; Pineda, Valiente, Chorot y Sandín, 2018), y que diversos estudios apoyan la existencia de una etiología común a dichos trastornos (Hong y Cheung, 2014; Kotov et al., 2017), poder intervenir sobre los síntomas de ansiedad y depresión y sobre los constructos transdiagnósticos vinculados a su origen y mantenimiento, resulta más eficiente que abordar los distintos trastornos a través de protocolos específicos dirigidos a reducir los síntomas aplicados

de manera secuencial, que omiten la intervención sobre los procesos comunes subyacentes a las diversas patologías. La posibilidad de poder intervenir sobre diferentes constructos transdiagnósticos y sobre la psicopatología clínica resulta esencial de cara a maximizar la eficacia y el impacto de las intervenciones psicológicas, lo que es especialmente importante en servicios públicos de salud mental.

Fortalezas del estudio

El presente trabajo aporta evidencia empírica en una línea de investigación que aún cuenta con poco apoyo, dada su corta trayectoria. Teniendo en cuenta los estudios previos, se han modificado distintos parámetros de la evaluación, incluyéndose una amplia batería de nuevas pruebas de evaluación psicométricas y haciendo especial hincapié en instrumentos de medida de los constructos transdiagnósticos asociados a los trastornos emocionales. Esta última cuestión consideramos que ha supuesto un importante avance, puesto que los estudios previos apenas han incidido en la evolución que experimentan este tipo de variables a lo largo de la intervención y, sin embargo, si se retoman los fundamentos de este enfoque y se tiene en cuenta que la TCC-T ha sido diseñada especialmente para el abordaje de los procesos transdiagnósticos subyacentes, resulta necesario evaluar su impacto sobre este tipo de variables, además de las clínicas, para poder consolidarse como una alternativa terapéutica eficaz. Si nos fijamos en el efecto de la relajación y el mindfulness sobre estos constructos apenas existen datos que lo evalúen, como tampoco nos constan estudios en los que se analice la eficacia comparativa de este tipo de intervenciones con respecto a la terapia transdiagnóstica en general y el UP, en particular.

Además de los cuestionarios tipo autoinforme cumplimentados por los pacientes, se han empleado en el primer estudio cuestionarios heteroaplicados rellenos por el profesional de referencia, con el objetivo de maximizar la objetividad de la información recogida.

En cuanto a la intervención transdiagnóstica, se ha propuesto un número menor de sesiones que en otros estudios, siendo la extensión de nuestra adaptación del UP de ocho sesiones (y en el *open trial* se incluye además un seguimiento a los tres y seis meses). A pesar de que algunos pacientes sugirieron en las encuestas de satisfacción, como mejora de la intervención el aumento de su duración, la mayoría alcanzó los objetivos terapéuticos, por lo que se considera que la extensión es adecuada y suficiente para desarrollar el programa completo. Por otra parte, se ha estandarizado la intervención, estructurándose de este modo todos los contenidos en módulos concretos y aumentando así la validez externa y replicabilidad del estudio. La modificación del encuadre, sustituyendo el individual por el grupal, ha permitido profundizar en la eficacia del UP en este formato, si bien la línea de investigación que está en la actualidad verificando su utilidad todavía es muy escasa.

Por otra parte, el estudio dispone de una elevada validez ecológica, dado que se ha realizado en un centro de salud mental de la Comunidad de Madrid que a su vez recibe pacientes de distintos municipios o áreas. En el segundo estudio se propuso, además, un diseño controlado aleatorizado. Por su parte el tamaño muestral (en el primer estudio la muestra inicial fue de 60 pacientes, de los que 51 finalizaron el tratamiento; en el segundo estudio estuvo constituida por 90 pacientes, de los que 81 finalizaron la intervención), por su parte, es mayor que en estudios previos, lo que facilita la generalización de los hallazgos. De cara a la selección de la muestra, el hecho de haber incluido en Estudio 1 sujetos con compleja comorbilidad psicopatológica, incluyendo pacientes que ocasionalmente son considerados como refractarios al tratamiento, y el obtener resultados positivos de la aplicación del UP, permite nuevamente hacer hincapié sobre su eficacia a pesar de la comorbilidad psicopatológica. En este sentido, la muestra fue heterogénea en cuanto a gravedad clínica y se derivaron pacientes al grupo que en ocasiones son excluidos de los estudios por considerarse “resistentes al tratamiento” (Bullis et al., 2015). Partiendo de los fundamentos del transdiagnóstico se han incluido pacientes con múltiples patologías, pues consideramos que al intervenir sobre los procesos subyacentes, los pacientes con elevada comorbilidad también podrían y deberían incluirse en los estudios y previsiblemente experimentarían una mejoría debido precisamente al cambio en los procesos transdiagnósticos.

Por último, hasta el momento actual todavía se disponen de pocos estudios que analicen la eficacia de este tipo de intervenciones de manera longitudinal y haber realizado un seguimiento a los tres y seis meses ha permitido estudiar la evolución de la clínica a medio plazo.

Limitaciones de la investigación

A pesar de los resultados favorables encontrados en la presente investigación, esta no está exenta de ciertas limitaciones. Respecto a las limitaciones del primer estudio, los resultados obtenidos deben de ser considerados con cautela. Por un lado, nos hallamos ante un ensayo clínico sin grupo control. El hecho de disponer de un grupo de control nos permitiría comparar la eficacia del UP frente a la no intervención o frente a otro tipo de intervenciones como puede ser el grupo TAU (*treatment as usual*), la TCC o el tratamiento farmacológico. Todo ello podría arrojar resultados comparativos que maximizarían la posibilidad de desarrollar las intervenciones efectivas. Si bien, a la vista de los distintos estudios que comparan UP con otras alternativas, parece que su eficacia queda más que demostrada (García-Escalera et al., 2016a).

En cuanto a las principales limitaciones del segundo trabajo, nos encontramos la falta de datos respecto al mantenimiento de los logros. En el primer estudio se pudo disponer de datos sobre el seguimiento, sin embargo, dado que en los dos nuevos grupos incluidos en esta

investigación no se incluyeron sesiones de revisión, no pudo compararse la evolución de los resultados una vez finalizada la intervención. Por otra parte, aunque el tamaño total de la muestra en el ensayo controlado aleatorizado era elevado, al asignar un tercio de los pacientes a cada condición experimental, el número total de cada subcategoría es algo menor, por lo que los resultados deberían tomarse con cautela a la espera de mayor número de investigaciones que continúen evaluando las similitudes y diferencias de las intervenciones grupales. En este trabajo podría haber sido interesante incluir, además de los cuestionarios autoinforme, medidas de estimación clínica cumplimentadas por el profesional de referencia; en este caso, se disponía del diagnóstico en el momento de la derivación, según criterios del DSM-5, pero no se pudo contar con una evaluación postratamiento, puesto que gran parte de los pacientes fueron dados de alta antes de la finalización del estudio.

En ambos estudios los abandonos y las no incorporaciones producidas a lo largo de la intervención ($n = 9$ en ambos casos) suponen una limitación, puesto que se pierden datos de los participantes y se imposibilita el estudio de su evolución, si bien nuestras cifras son similares o menores que las de otros estudios (Castellano et al., 2015; Osma et al., 2015).

Dado el carácter abierto de la derivación al grupo, no todas las patologías se hallan igualmente representadas. A pesar de que el grupo estaba abierto a personas con trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de estrés postraumático, no se incorporó ningún paciente con esas patologías, por lo que no se dispone de datos sobre la eficacia de la aplicación grupal del UP en esta población. A pesar de que en nuestro estudio hemos analizado el efecto del UP sobre los síntomas asociados al trastorno obsesivo-compulsivo, ningún paciente estaba diagnosticado de trastorno obsesivo-compulsivo, por lo que la disminución en estos síntomas no fue significativa; los datos también son consistentes con las propias indicaciones terapéuticas del UP, que principalmente se focalizaría en los trastornos de ansiedad y depresivos. Titov et al. (2012) no incluyeron ninguno de los dos diagnósticos y Erickson, Janeck y Tallman (2007) precisamente desaconsejan la inclusión de estos diagnósticos en la terapia transdiagnóstica para trastornos emocionales. Sin embargo, Barlow et al. (2011, 2018) sí abarcaron pacientes que presentaban ambas patologías como población diana, y en nuestro caso a pesar de que también se permitió su inclusión, no hubo derivaciones.

Líneas futuras de investigación

Resulta necesario disponer de datos sobre la eficacia y el aval empírico de las estrategias empleadas frecuentemente en el campo de la psicología aplicada para poder ofrecer intervenciones adecuadas a las demandas asistenciales. En ese sentido, es fundamental continuar mejorando las estrategias terapéuticas, a través del estudio sistemático y riguroso de los resultados que ofrecen sobre diferentes variables, entre ellos los procesos y factores

transdiagnósticos implicados en el origen y mantenimiento de los trastornos emocionales y el impacto de las intervenciones transdiagnósticas sobre estos constructos, para poder desarrollar tratamientos eficaces para los trastornos emocionales.

Como líneas futuras de investigación, consideramos importante poder continuar estudiando la eficacia, efectividad y eficiencia del UP, a través de estudios basados en grupos clínicos con diseños controlados, en casos complejos de comorbilidad, que suponen un reto a nivel terapéutico y requieren intervenciones integradas que generalmente suponen un mayor coste de recursos asistenciales.

Teniendo en cuenta que el protocolo UP interviene sobre distintos procesos transdiagnósticos y que diversos procesos etiopatogénicos influyen en el origen y mantenimiento de los trastornos emocionales, una línea de investigación fructífera debería centrarse en la creación de intervenciones preventivas. Dichos tratamientos estarían destinadas exclusivamente a la prevención del desarrollo de trastornos emocionales en función de los constructos transdiagnósticos que podrían funcionar como factor de vulnerabilidad, sin tener que presentar un diagnóstico clínico para recibir asistencia terapéutica. McEvoy et al. (2009) defienden la utilidad del UP en la prevención de recaídas, dado que la TCC-T se centra en los procesos subyacentes a los trastornos emocionales y al modificar y mejorar esos mecanismos la mejoría podría mantenerse una vez finalizada la intervención. Propuestas como la de Dozois et al. (2009), que elaboraron un protocolo preventivo transdiagnóstico con el objetivo de prevenir cuatro factores de riesgo para los trastornos emocionales (i.e., contenidos y procesos cognitivos negativos, parentalidad y psicopatología parental, estrés y su afrontamiento e inhibición conductual y evitación), podrían ofrecer una nueva línea de investigación en el campo de la psicología de la salud y prevención de la enfermedad.

Por otra parte, se hace necesario disponer de datos sobre la evolución longitudinal y el mantenimiento de los logros, realizando estudios con seguimiento a largo plazo, pues los pacientes con trastornos emocionales pueden presentar recaídas o recidivas. Por ello, es importante estipular el alcance e impacto a largo plazo de este tipo de intervenciones, de tal modo que se midiera el mantenimiento de la mejoría y probara su eficiencia a lo largo del tiempo.

También resultaría esencial poder estudiar la eficacia de las distintas estrategias integradas dentro del protocolo, dado que no hay evidencia de que la mejoría se debe a la propia combinación e integración de las técnicas empíricamente validadas, o si algunas son más efectivas que otras o, incluso, si alguna estrategia fuera innecesaria y podría suprimirse del protocolo.

Si se consideran las elevadas tasas de prevalencia de la sintomatología ansiosa y depresiva, poder continuar profundizando en las estrategias que resulten más eficaces es absolutamente necesario y, por ello, una línea futura de investigación podría ser el análisis de la

eficacia de las diferentes técnicas que incluye el UP. Los resultados de nuestro estudio muestran que tanto el mindfulness como la relajación son eficaces para distintos tipos de sintomatología, por lo que quizás podría valorarse si al ampliarse la duración de estos componentes aumentaría su eficacia. En concreto, sería relevante examinar el valor de integrar un módulo sobre entrenamiento en relajación en el UP. Un reto futuro estriba en continuar valorando si la eficacia del UP se incrementa con la inclusión de nuevas estrategias validadas empíricamente, aunque los resultados preliminares expuestos en este trabajo sostienen la eficacia *per se* de su diseño actual.

Como corolario conviene indicar que todos los retos de investigación futura apuntan hacia la necesidad de continuar con el estudio del impacto de las intervenciones psicológicas transdiagnósticas en el campo de los trastornos emocionales, para ofrecer una atención empíricamente validada, efectiva, eficiente y de calidad, que resulta necesaria e imprescindible en la práctica clínica y en los contextos públicos de salud mental, teniendo en cuenta que los recursos son limitados.

4. Conclusiones

A continuación indicamos las principales conclusiones generales de la presente investigación:

1. Los trastornos emocionales precisan de una adecuada intervención dentro del sistema sanitario público debido a su elevada frecuencia y creciente demanda asistencial en el contexto de la salud mental. Su alta incidencia y prevalencia subrayan la necesidad de desarrollar estrategias eficientes adaptadas a las necesidades del paciente, que resulten efectivas tanto a nivel nomotético (grupo de pacientes) como ideográfico (paciente en concreto).
2. Como ya se ha indicado, el enfoque transdiagnóstico surge para dar respuestas a cuestiones como la comorbilidad y la existencia de factores comunes que originan y mantienen los trastornos emocionales. Desde este posicionamiento se permite integrar distintas herramientas terapéuticas para ofrecer una intervención que posibilite dar una respuesta terapéutica a pacientes con un mayor rango de trastornos, en comparación con los protocolos surgidos bajo el paradigma de la TCC tradicional que se centran en el abordaje de un único trastorno específico, y que requieren una aplicación secuencial más extensa de distintos protocolos en casos de comorbilidad, así como una formación profesional en las múltiples herramientas y una minuciosa selección entre la enorme proliferación actual de tratamientos disponibles.
3. En este sentido, en el presente estudio se ha propuesto la aplicación del UP en formato grupal y se ha estandarizado la intervención, de tal manera que cada sesión abarcó un módulo del UP original y la extensión resultante fue relativamente breve (de nueve sesiones). Este encuadre apoyó el binomio coste-eficacia y el resultado final fue positivo y clínicamente relevante, puesto que se propuso una intervención integrada que produjo una importante mejoría en la clínica emocional, principal y comórbida, general y específica, así como en los conceptos transdiagnósticos subyacentes, que, a su vez, se presentaba como más eficaz que otro tipo de intervenciones grupales como son los entrenamientos en mindfulness o en relajación.
4. Los principales hallazgos del estudio apoyan la eficacia del Upen formato grupal para el tratamiento de los trastornos emocionales considerados complejos por su elevada comorbilidad. Concretamente se encontró que su efecto era ligeramente superior sobre los síntomas de ansiedad (especialmente sobre el trastorno de ansiedad generalizada y el

trastorno de pánico), frente a los de depresión. Por otra parte, la intervención no solo se relacionó con una disminución de los constructos transdiagnósticos negativos, sino que proporcionó mejoras relevantes sobre el afecto positivo. La afectividad, considerada un factor transdiagnóstico general de los trastornos emocionales, fue la medida que obtuvo la mayor significación clínica, seguida, por este orden, por la evitación emocional, los pensamientos automáticos negativos, la evitación interoceptiva y la sensibilidad a la ansiedad. Respecto a este último factor, la dimensión social mejoró en mayor medida que la física y la cognitiva, lo que podría estar relacionado con el propio encuadre grupal y considerarse una ventaja potencial de este formato; en un estudio previo, en que se aplicó el UP en formato individual, se encontró precisamente poco efecto sobre esa dimensión y, sin embargo, la mayor ganancia se produjo sobre la dimensión física (Rosique et al., 2018).

5. A través de la estimación clínica se constataron hallazgos similares. Concretamente, las puntuaciones en actividad psicosocial mejoraron y el funcionamiento general aumentó, especialmente en el área laboral, en la autonomía y en el ocio. A los seis meses, entre un 94 y un 96% de los pacientes no mostraban el diagnóstico que tenían en la condición pretratamiento, y algunas ganancias aumentaron. La valoración del tratamiento y la percepción subjetiva de mejoría fueron muy positivas y las estrategias de exposición emocional y de conciencia centrada en el presente se consideraron las más útiles.
6. Además de la eficacia del UP sobre los tres tipos de variables, al comparar el tratamiento transdiagnóstico con otras intervenciones grupales establecidas quedó patente la superioridad del primero frente al entrenamiento en relajación y un programa de mindfulness. Si bien los tres tratamientos mostraron unos resultados positivos sobre la clínica ansioso-depresiva, respecto a los trastornos específicos (salvo el trastorno obsesivo-compulsivo) y los constructos transdiagnósticos, los resultados del UP fueron clínicamente más relevantes.
7. El UP mostró una mayor eficacia frente al entrenamiento en relajación y al mindfulness (sin diferencias entre éstos) en casi todas las medidas (ansiedad, depresión, trastorno emocional, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, afecto positivo, afecto negativo, evitación interoceptiva, perfeccionismo y sensibilidad a la ansiedad). En agorafobia las tres intervenciones produjeron efectos similares, en el trastorno de ansiedad a la enfermedad la relajación fue más eficaz que el mindfulness. Únicamente en la evitación emocional el mindfulness y el tratamiento transdiagnóstico mostraron similares efectos y mayores que la relajación.

8. El enfoque transdiagnóstico, y el UP en particular, resultan ser alternativas idóneas para el tratamiento de la comorbilidad, especialmente de la comorbilidad compleja que suele ser un fenómeno frecuente en la práctica clínica, y de los factores mantenedores comunes de la ansiedad y la depresión. Los resultados obtenidos, aun tratándose de un estudio preliminar, permiten apoyar la eficiencia del UP adaptado al formato grupal y aplicado en el contexto de sanidad pública; ofrece la posibilidad de acceso inmediato al tratamiento, intervenir sobre distintas patologías al mismo tiempo, y actuar directamente sobre las variables transdiagnósticas subyacentes a la ansiedad y la depresión. El tratamiento transdiagnóstico cognitivo-conductual parece una alternativa esperanzadora y prometedora en el tratamiento de los trastornos emocionales.

9. A la vista de los resultados, podría concluirse que la incorporación del UP en formato grupal dentro de las rutinas de los contextos clínicos sería muy beneficioso. Dentro del contexto público de salud mental podría considerarse una aproximación adecuada, pues aunque algunos estudios equiparan los resultados de la TCC-T y TCC, la aplicación de protocolos transdiagnósticos integrados se ha mostrado eficaz (García-Escalera et al., 2016a) y parece tener ventajas al conseguir resultados similares en el marco de una mayor eficiencia (Barlow et al., 2017).

Referencias

- Aldao, A. (2012). Emotion regulations strategies as transdiagnostic processes: A closer look at the invariance of their form and function. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*, 261-277.
- Aldao, A., y Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 974-983.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 217-237.
- Allen, L. B., White, K. S., Barlow, D. H., Shear, M. K., Gorman, J. M., y Woods, S. W. (2010). Cognitive-behavior therapy (CBT) for panic disorder: Relationship of anxiety and depression comorbidity with treatment outcome. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 32*, 185-192.
- Alonso, J., Lépine, J. P., y ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee. (2007). Overview of key data from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry, 68*, 3-9.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Ed.-revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Aragónés, E., Piñol, J. L., y Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención Primaria, 41*, 545-551.
- Andrews, G. (1990). Classification of neurotic disorders. *Journal of the Royal Society of Medicine, 83*, 606-607.
- Arch, J. J., y Ayers, C. R. (2013). Which treatment worked better for whom? Moderators of group cognitive behavioral therapy versus adapted mindfulness based stress reduction for anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy, 51*, 434-442.
- Arch, J. J., Ayers, C. R., Baker, A., Almklov, E., Dean, D. J., y Craske, M. G. (2013). Randomized clinical trial of adapted mindfulness-based stress reduction versus group cognitive behavioral therapy for heterogeneous anxiety disorders. *Behaviour Research Therapy, 51*, 185-196.
- Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 633-646.
- Arntz, A., y van den Hout, M. (1996). Psychological treatments of panic disorder without agoraphobia: Cognitive therapy versus applied relaxation. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 113-121.
- Arpin-Cribbie, C .A., Irvine, J., y Ritvo, P. (2012). Web-based cognitive-behavioral therapy for perfectionism: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research, 22*, 194-207.

- Arpin-Cribbie, C. A., Irvine, J., Ritvo, P., Cribbie, R. A., Flett, G. L., y Hewitt, P. L. (2008). Perfectionism and psychological distress: A modeling approach to understanding their therapeutic relationship. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 26, 151-167.
- Bados, A. (2017). *Trastorno de ansiedad generalizada: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Barlow, D. H. (1991). Disorders of emotion. *Psychological Inquiry*, 2, 58-71.
- Barlow, D.H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55, 1247-1263.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd Ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., y Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behaviour Therapy*, 35, 205-230.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C., Fairchione, T. J., Boisseau, C., Allen, L., y Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders*. Nueva York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J. R., y Carl, J. R. (2014). The origins of neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*, 9, 481-496.
- Barlow, D. H., y Farchione, T. J. (Eds.). (2018). *Applications of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders*. Nueva York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., ... y 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, 875-884.
- Barlow, D. H., Fairchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H.M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., ... y Cassiello-Robbins, C. (2018). *Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders*. Nueva York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., y Woods, S. W. (2001). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2529-2536.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International University Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y de

- comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 295-311.
- Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (2008). Conceptos y modelos en psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 1, pp. 33-68). Madrid: Mc Graw-Hill.
- 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, 547-558.
- Bieling, P. J., Israeli, A. L., y Antony, M. M. (2004). Is perfectionism good, bad or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences*, 36, 1373-1385.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Devineni, T., Veazey, C. H., Galovski, T. E., Mundy, E., Malta, L. S., y Buckley, T. C. (2003). A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 79-96.
- Blanco, C., Estupiñá, F. J., Labrador, F. J., Fernández-Arias, I., Bernaldo-de-Quirós, M., y Gómez, L. (2014). El uso de las técnicas de relajación en la práctica de una clínica de psicología. *Anales de Psicología*, 30, 403-411.
- Bobes, J., G-Portilla, M. P., Bascarán, M. T., Sáiz, P. A., y Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Boelen, P. A., y Reijntjes, A. (2009). Intolerance of uncertainty and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 130-135.
- Boisseau, C. L., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., y Barlow, D. H. (2010). The development of the unified protocol of the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 102-113.
- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. En G. C. L. Davey y F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 5-33). Oxford: Wiley.
- Borkovec, T. D., Abel, J. L., y Newman, H. (1995). Effects of psychotherapy on comorbid conditions in generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 479-483.
- Borkovec, T. D., y Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619.
- Borkovec, T. D., Mathews, A. M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R., y Nelson, R. (1987). The effects of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety.

- Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 883-888.
- Borsboom, D., Epskamp, S., Kievit, R. A., Cramer, A. O., y Schmittmann, V. D. (2011). Transdiagnostic networks: Commentary on Nolen-Hoeksema and Watkins. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 610-614.
- Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13, 465-478.
- Botella, C., Baños, R. M., y Gallardo, M. (1999). La fobia social. Madrid: Klinik.
- Botella, C., y García-Palacios, A. (1999). El trastorno obsesivo-compulsivo. Madrid: Klinik.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., y Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Brown, T. A. (2007). Temporal course and structural relationships among dimensions of temperament and DSM-IV anxiety and mood disorders constructs. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 313-328.
- Brown, T. A., Antony, M. M., y 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, 408-418.
- Brown, T. A., y Barlow, D. H. (1992). Panic disorder and panic disorder with agoraphobia. En P. H. Wilson (Ed.), *Principles and practice of relapse prevention* (pp. 191-212). Nueva York: Guilford Press.
- Brown, T. A., y Barlow, D. H. (2002). Classification of anxiety and mood disorders. En D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 292-327). Nueva York: Guilford Press.
- Brown, T.A., y Barlow, D.H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21, 256-271.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., y Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 179-192.
- Buhlmann, U., Etcoff, N. L., y Wilhelm, S. (2008). Facial attractiveness ratings and perfectionism. *Disorders*, 22, 540-547.
- Bullis, J. R., Fortune, M. R., Farchione, T. J., y Barlow, D. H. (2014). A preliminary investigation of the long-term outcome of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1920-1927.
- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., y Barlow, D. H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification*, 39,

295-321.

- Busner, J., y Targum, S. D. (2007). The Clinical Global Impressions Scale. Applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*, 4, 28-37.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., y Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P., y Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-175.
- Caballero, L., Bobes, J., Vilardaga, I., y Rejas, J. (2009). Prevalencia clínica y motivo de consulta en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada atendidos en consultas ambulatorias de psiquiatría en España. Resultados del estudio LIGANDO. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36, 17-20.
- Cano-García, F. J., y Rodríguez, L. (2002). Evaluación del lenguaje interno ansiogénico y depresógeno en la experiencia de dolor crónico. *Apuntes de Psicología*, 20, 329-346.
- Capobianco, L., Reeves, D., Morrison, A. P., y Wells, A. (2018). Group metacognitive therapy vs. mindfulness meditation therapy in a transdiagnostic patient sample: A randomized feasibility trial. *Psychiatry Research*, 259, 554-561.
- Carl, J. R., Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S. E., Bentley, K. H., y Barlow, D. H. (2014). A preliminary investigation of the effects of the unified protocol on temperament. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1426-1434.
- Carleton, R. N. (2012). The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: Theoretical and practical perspectives. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12, 937-947.
- Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., y Asmundson, G. J. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 468-479.
- Carlson, C. R., y Hoyle, R. H. (1993). Efficacy of abbreviated progressive muscle relaxation training: a quantitative review of behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1059-1067.
- Carrasco, A., Belloch, A., y Perpiñá, C. (2009). La evaluación del perfeccionismo: utilidad de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo en población española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 35, 49-65.
- Castellano, C., Osmá, J. J., Crespo, E., y Fermoselle, E. (2015). Adaptación grupal del protocolo unificado para el tratamiento de los trastornos emocionales. *Ágora de Salud*, 2, 151-162.
- Chorot, P., Valiente, R. M., Pineda, D., García-Escalera, J., y Sandín, B. (2017). Escala de Síntomas de Trastornos de Ansiedad y Depresión (ESTAD): Propiedades psicométricas

- y diferencias entre varones y mujeres. Póster presentado en *X Congreso de la Asociación Española de Psicopatología y Psicología Clínica*, Albacete, España.
- Clark, D. A., Steer, R. A., y Beck, A. T. (1994). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: Implications for the cognitive and tripartite models. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 645-654.
- Clark, D. A., y Taylor, S. (2009). The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: New wine for old wineskins? *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 23*, 60-66.
- Clark, D. A., y Salkovskis, P. M. (1986). *Cognitive treatment of panic: Therapist's manual*. Inglaterra: University of Oxford (no publicado).
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 461-470.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., Waddington, L., y Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 568-578.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J., y Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 583-589.
- Clark, D. M., y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. En R. Heimberg, M. Liebowitz D. Hope y F. Scheier (Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). Nueva York: Guilford Press.
- Clark, L. A., y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 316-336.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., ... y Haro, J.M. (2007). Utilización de los servicios de salud mental en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Españolas de Psiquiatría, 35*, 21-28.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Comeche, M. I., Diaz, M. I., y Vallejo, M. A. (1995). *Cuestionarios inventarios y escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Conrad, A., y Roth, W. T. (2007) Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: it works but how? *Journal of Anxiety Disorders, 21*, 243-264.
- Craske, M. G. (2012). Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. *Depression and Anxiety, 29*, 749-753.

- Craske, M. G., Maidenberg, E., y Bystritsk, A. (1995). Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 113-120.
- Cuijpers, P. (1998). A psychoeducational approach to the treatment of depression: A meta-analysis of Lewinsohn's 'Coping with depression' Course. *Behavior Therapy*, 29, 521-533.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Andersson, G., y Van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909-922.
- Davis, L., Barlow, D. H., y Smith, L. (2010). Comorbidity and the treatment of principal anxiety disorders in a naturalistic sample. *Behaviour Therapy*, 41, 296-305.
- De Ornelas, A. C. C., Azevedo, A., Aparecida, C., Egidio, A., y Cardoso, A. (2013). Transdiagnostic treatment using a unified protocol: Application for patients with a range of comorbid mood and anxiety disorders. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35, 134-140.
- Dear, B. F., Titov, N., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G., y McEvoy, P. (2011). An open trial of a brief transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 830-837.
- Donegan, E., y Dugas, M. J. (2012). Generalized anxiety disorder: a comparison of symptom change in adults receiving cognitive-behavioral therapy or applied relaxation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 490-496.
- Dozois, D. J. A., Seeds, P. M., y Collins, K. A. (2009). Transdiagnostic approaches to the prevention of depression and anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 44-59.
- Drost, J., Van der Does, W., Van Hemert, A. M., Penninx, B. W., y Spinhoven, P. (2014). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic factor in depression and anxiety: A conceptual replication. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 177-183.
- Dugas, M. J., y Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. En V.E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 211-240). Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., y de Corral, P. (2009). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2, pp. 137-148). Madrid: Mc Graw Hill.
- Egan, S. J., Wade, T. D., y Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31, 203-212.
- Egan, S. J., Wade, T. D., y Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 279-294.

- Ehrenreich-May, J., Bilek, E. L., Queen, A. H., y Hernández, J. (2012). A unified protocol for the group treatment of childhood anxiety and depression. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*, 219-236.
- Ehrenreich-May, J., y Chu, B.C. (Eds). (2014). *Transdiagnostic treatments for children and adolescents: Principles and practice*. Nueva York: Guilford Press.
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bennet, S. M., y Barlow, D. H. (2018). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents*. Nueva York: Oxford University Press.
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bilek, E., L., y Barlow, D. H. (2018). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children*. Nueva York: Oxford University Press.
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bilek, E., L., Buzzella, B. A., Bennett, S.M., y Barlow, D. H. (2018). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children and adolescents*. Nueva York: Oxford University Press.
- Ehring, T., y Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy, 1*, 192-205.
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J., y Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*, 88-101.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York: Lyle Stuart.
- Emilien, G., Penasse, C., y Waltregny, A. (2000). Deterioro cognitivo en los trastornos depresivos. Evaluación neuropsicológica de la memoria y trastornos conductuales. *RET, Revista de Toxicomanías, 23*, 3-19.
- Erickson, D. H. (2003). Group cognitive behavioural therapy for heterogeneous anxiety disorders. *Cognitive Behaviour Therapy, 32*, 179-186.
- Erickson, D. H., Janeck, A. S., y Tallman, K. (2007). A cognitive-behavioral group for patients with various anxiety disorders. *Psychiatric Service, 58*, 1205-1211.
- Erickson, D. H., Janeck, A. S., y Tallman, K. (2009). Transdiagnostic group CBT for anxiety: Clinical experience and practical advice. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 23*, 34-43.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., Wales, J. A., y Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow up. *The Journal of Psychiatry, 166*, 311-319.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 509-528.

- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W., y Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, *43*, 666-678.
- Fairholme, C. P., Carl, J. R., Farchione, T. J., y Schonwetter, S. W. (2012). Transdiagnostic processes in emotional disorders and insomnia: Results from a sample of adult outpatients with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *50*, 522-528.
- Fehm, L., y Wittchen, H. (2004). Comorbidity in social anxiety disorder. En B. Bandelow y D. Stein (Ed.), *Social anxiety disorder* (pp. 49-63). Nueva York: Informa Healthcare.
- Fergus, T. A., y Wu, K. D. (2011). Searching for specificity between cognitive vulnerabilities and mood and anxiety symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *33*, 446-458.
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., y Soto, O. (2000). *MINI. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Versión en Español 5.0.0. DSM-IV*. Recuperado de: <http://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=MINI.pdf>
- Ferrer, L., Martín-Vidal, M., Pineda, D., Sandín, B. y Piqueras, J. A. (2018). Relación de la ansiedad y la depresión en adolescentes con dos mecanismos transdiagnósticos: el perfeccionismo y la rumiación. *Psicología Conductual*, *26*, 55-74.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., y Mosher, S. W. (1995). Perfectionism, life events, and depressive symptoms: A test of a diathesis-stress model. *Current Psychology*, *14*, 112-137.
- Flett, G. L., Madorsky, D., Hewitt, P. L., y Heisel, M. J. (2002). Perfectionism cognitions, rumination, and psychological distress. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, *20*, 33-47.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A., Riggs, D. S., Feeny, N. C., y Yadin, E. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 953-964.
- Foa, E. B., y Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: cognitive-behavioral therapy for ptsd*. Nueva York: Guilford Press.
- Franchi, S. (2010). Estilo de personalidad perfeccionista y depresión. *Perspectivas en Psicología*, *13*, 53-64.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., y Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, *14*, 449-468.
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., y Sandín, B. (2016a). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults,

- children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21, 147-175.
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Sandín, B., Tonarely, N., y Ehrenreich-May, J. (2016b). Versión española de la Emotional Avoidance Strategy Inventory for Adolescents (EASI-A). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (no publicado).
- García-Escalera, J., Valiente, R. M., Chorot, P., Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., y 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*.
- Goldberg, D. (2010). Should our major classifications of mental disorders be revised? *The British Journal of Psychiatry*, 196, 255-256.
- Goldberg, D., Krueger, R. F., Andrews, G., y Hobbs, M. J. (2009). Emotional disorders: Cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*, 39, 2043-2059.
- González, M., Ibáñez, I., Rovella, A., López, M., y Padilla, L. (2013). Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre: Relaciones con variables psicopatológicas. *Behavioral Psychology*, 21, 81-101.
- González-Robles, A., García-Palacios, A., Baños, R., Riera, A., Llorca, G., Traver, F., ... y Botella, C. (2015). Effectiveness of a transdiagnostic internet-based protocol for the treatment of emotional disorders versus treatment as usual in specialized care: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16, 488. Recuperado de: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-015-1024-3>
- 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, 171-181.
- Gross, J. J., y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Gross, J. J., y Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95-103.
- Gutiérrez, M., y García, M. D. (2000). Ansiedad y cognición: Un marco integrador. *REME, Revista electrónica de motivación y emoción*, 3. Recuperado de: <http://reme.uji.es/articulos/agutim660131299/texto.htm>
- Guy, W. (1976). *Early clinical drug evaluation (ECDEU). Assessment Manual*. Rockville: National Institute Mental Health.

- Hans, E., y Hiller, W. (2013). A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders. *Clinical Psychology Review, 33*, 954-964.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... y ESEMeD-España (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica, 126*, 445-451.
- Hewitt, P. L., y Flett, G. L. (1991). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 98-101.
- Hofmann, S. G., y Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*, 621-632.
- Hoge, E. A. , Bui, E., Palitz, S. A., Schwarz, N. R., Owens, M. E., Johnston, J. M., Pollack, M. H., y Simon, N. M. (2018). The effect of mindfulness meditation training on biological acute stress responses in generalized anxiety disorder. *Psychiatry Research, 262*, 328-332.
- Høifødt, R. S., Strøm, C., Kolstrup, N., Eisemann, M., y Waterloo, K. (2011). Effectiveness of cognitive behavioural therapy in primary health care: A review. *Family Practice, 28*, 489-504.
- Holaway, R. M., Heimberg, R. G., y Coles, M. E. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 158-174.
- Hollon, S. D., y Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research, 4*, 383-395.
- Hollon, S. D., Stewart, M. O., y Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology, 57*, 285-315.
- Hong, R. Y., y Cheung, M. W. L. (2014). The structure of cognitive vulnerabilities to depression and anxiety: Evidence for a common core etiologic process based on a meta-analytic review. *Clinical Psychological Science, 3*, 892-912.
- Hooke, G. R., y Page, A. C. (2002). Predicting outcomes of group cognitive behavior therapy for patients with affective and neurotic disorders. *Behavior Modification, 26*, 648-659.
- Hoyer, J., Beesdo, K., Gloster, A.T., Runge, J., Höfler, M., y Becker, E.S. (2009). Worry exposure versus applied relaxation in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics, 78*, 106-115.
- Hyman, R. B., Feldman, H. R., Harris, R. B., Levin, R. F., y Malloy, G. B. (1989). The effects of relaxation training on clinical symptoms: A meta-analysis. *Nursing Research, 38*, 216-220.

- Ito, M., Horikoshi, M., Kato, N., Oe, Y., Fujisato, H., Nakajima, S., ... y Usiki, M. (2016). Transdiagnostic and Transcultural: Pilot Study of Unified Protocol for Depressive and Anxiety Disorders in Japan. *Behavior Therapy*, 47, 416-430.
- Joiner, T. R., Catanzaro, S. J., Laurant, J., Sandín, B., y Blalock, J. A. (1996). Modelo tripartito sobre el afecto positivo y negativo, la depresión y la ansiedad: Evidencia basada en la estructura de los síntomas y en diferencias sexuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1, 27-34.
- Joiner, T. E., Sandín, B., Chorot, R., Lostao, L., Santed, M. A., Catanzaro, S. J., Laurent, J., y Marquina, G. (1998). A confirmatory factor-analytic validation of the tripartite model of depression and anxiety among undergraduates in Spain. *Journal of Gender, Culture and Health*, 3, 147-157.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Nueva York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W. R., y Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- Kar, N. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: A review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7, 167-181.
- Kawamura, K. Y., Hunt, S. L., Frost, R. O., y DiBartolo, P. M. (2001). Perfectionism, anxiety, and depression: Are the relationships independent? *Cognitive Therapy and Research*, 25, 291-301.
- Kennedy, S., y Ehrenreich-May, J. (2017). Assessment of Emotional Avoidance in Adolescents: Psychometric properties of a new multidimensional measure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39, 279-290.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., y Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NSC-R). *Archives of General Psychiatry Journal*, 62, 617-627.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Samson, N. A., Zaslavsky, A. M., y 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, 169-184.
- Kotov, R., Krueger, R. R., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... y Zimmerman, M. (2017). The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126, 454-477.
- Kring, A. M., y Sloan, D. S. (2010). *Emotion Regulation and Psychopathology*. Nueva York:

Guilford Press.

- Kristjánisdóttir, H., Salkovskis, P. M., Sigurdsson, B. H., Sigurdsson, E., Agnarsdóttir, A., y Sigurdsson, J. F. (2016). Transdiagnostic cognitive behavioural treatment and the impact of comorbidity: An open trial in a cohort of primary care patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, *70*, 215-223.
- Laposa, J. M., Mancuso, E., Abraham, G., y Loli-Dano, L. (2017). Unified protocol transdiagnostic treatment in group format. A preliminary investigation with anxious individuals. *Behavior Modification*, *41*, 253-268.
- Leucht, S., Kane, J. M., Kissling, W., Hamann, J., Etschel, E., y Engel, R. (2005). Clinical implications of brief psychiatric rating scale scores. *The British Journal of Psychiatry*, *187*, 366-371.
- Lewinsohn P. M. (1974). A behavioral approach to depression. En R. J. Friedman, y M. M. Katz (Eds.), *Psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp- 157-178). Oxford: Wiley.
- Lewinsohn, P. M., Muñoz, R. F., Youngren, M. A., y Zeiss, A. M. (1978). *Control your depression*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Lotfi, M., Bakhtiyari, M., Asgharnezhad-Farid, A. A., y Amini, M. (2014). Comparison of the Effect of Transdiagnostic Therapy and Cognitive-Behavior Therapy on Patients with Emotional Disorders: A Randomized Clinical Trial. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, *16*, 15-18.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., y Shafran, R. (2008). Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A review of the utility and validity of the transdiagnostic approach. *International Journal of Cognitive Therapy*, *1*, 181-191.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., y Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, *23*, 6-19.
- Manzoni, G. M., Paganini, F., Castelnuovo, G., y Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: A ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*, *8*, 41.
- Recuperado de:
<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-8-41>
- Mattick, R. P., y Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 455-470.
- McEvoy, P. M., y Mahoney, A. E. (2012). To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behaviour Therapy*, *43*, 533-545.
- McEvoy, P. M., y Nathan, P. (2007). Effectiveness of cognitive behavior therapy for

- diagnostically heterogeneous groups: A benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 344-350.
- McEvoy, P. M., Nathan, P., y Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 20-33.
- McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J. Kyrios, M., Matthews, K., y Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 225, 236-246.
- McLaughlin, K. A., Borkovec, T. D., y Sibrava, N. J. (2007). The effects of worry and rumination on affect states and cognitive activity. *Behaviour Therapy*, 38, 23-38.
- McLaughlin, K. A., y Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 186-193.
- McManus, F., Shafran, R., y Cooper, Z. (2010). What does a transdiagnostic approach have to offer the treatment of anxiety disorders? *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 491-505.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Miller, J. J., Fletcher, K., y Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17, 192-200.
- Mineka, S., Watson, D., y Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Centro de Publicaciones Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
- Miró, M. T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., De la Fuente, J., y Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 1-14.
- Montilla, J. F., González, C., Retolaza, A., Dueñas, C., y Alameda, J. (2002). Uso de servicios ambulatorios de salud mental en España. Consumo de recursos en primer año de asistencia a pacientes nuevos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21, 25-47.
- Moré, M. A., y Muñoz, P. E. (2000). Satisfacción de los usuarios de un servicio de salud mental.

- Archivos de Psiquiatría*, 63, 139-158.
- Moses, E. B., y Barlow, D.H. (2006). A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 146-150.
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., y Dalgleis, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 40, 91-110.
- National Institute for Mental Health and Clinical Excellence (2004a). *Clinical guideline 22: Anxiety: Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalized anxiety disorder in adults in primary, secondary and community care*. Londres: NICE. Recuperado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>
- National Institute for Mental Health and Clinical Excellence (2004b). *Clinical guideline 23: Depression: Management of depression in primary and secondary care*. Londres: NICE. Recuperado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/Cg23>
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Response to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S., y Watkins, E. R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 589-609.
- Norton, P. J. (2012a) *Group cognitive-behavioral therapy of anxiety. A transdiagnostic treatment manual*. Nueva York: Guilford Press.
- Norton, P. J. (2012b). Transdiagnostic group CBT for anxiety disorder: Efficacy, acceptability, and beyond. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 205-217.
- Norton, P. J., y Hope, D. A. (2013). The “anxiety treatment protocol”. A group case study demonstration of a transdiagnostic group cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Clinical Case Studies*, 7, 538-554.
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., y Smits, J. A. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 33-41.
- Olivares, J., García, L. J., e Hidalgo, M. D. (2001). The social phobia scale and the social interaction anxiety scale: Factor structure and reliability in a Spanish-speaking population. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 19, 69-80.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Mental health atlas country profiles*. Génova: WHOS. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Centro de Prensa*. Génova: WHOS. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Salud mental*. Génova: WHOS. Recuperado de:

- http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/
- Osma, J., Castellano, C., Crespo, E., y 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, 447-466.
- Öst, L. G., y Breitholtz, E. (2000). Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 777-790.
- Öst, L. G., y Westling, B. E. (1995). Applied relaxation vs cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 145-158.
- Papadomarkaki, E., y Portinou, S. (2012) Clinical perfectionism and cognitive behavioral therapy. *Psychiatrike*, 23, 61-71.
- Papageorgiou, C., y Wells, A. (1999). Process and meta-cognitive dimensions of depressive and anxious thoughts and relationships with emotional intensity. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 156-162.
- Pérez, M., y García, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13, 493-510.
- Pérez-Franco, B., y Turabián-Fernández, J. L. (2006). ¿Es válido el abordaje ortodoxo de la depresión en atención primaria? *Atención Primaria*, 37, 37-39.
- Pineda, D. (2018). *Procesos transdiagnósticos asociados a los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresivos*. Tesis doctoral. UNED, Madrid.
- Pineda, D., Valiente, R. M., Chorot, P., y Sandín, B. (2018, en prensa). Invarianza factorial y temporal de una versión española del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22.
- Provencher, M. D., Ladouceur, R., y Dugas, M. J. (2006). La comorbidité dans le trouble d'anxiété généralisée: Prévalence et évolution suite à une thérapie cognitivo-comportementale. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 51, 91-99.
- Reinholt, N., y Krogh, J. (2014). Efficacy of transdiagnostic cognitive behaviour therapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis of published outcome studies. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43, 171-184.
- Reiss, S., y McNally, R. J. (1985). Expectancy model of fear. En: S. Reiss, y R.R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107-121). San Diego, CA: Academic Press.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., y McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1-8.
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., y Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867-879.

- Resick, P. A., y Schnicke, M. K. (1996). *Cognitive processing therapy for rape victims*. Londres: Sage Publications.
- Riccardi, C. J., Korte, K. J., y Schmidt, N. B. (2017). False safety behavior elimination therapy: A randomized study of a brief individual transdiagnostic treatment for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 46, 35-45.
- Ries, B. J., McNeil, D. W., Boone, M. L., Turk, C. L., Carter, L. E., y Heimberg, R. G. (1998). Assessment of contemporary social phobia verbal report instruments. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 983-994.
- Roca, M., Gili, M., García-García, M., Salva, J., Vives, M., García, J., y Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119, 52-58.
- Roca, M., Vives, M., López-Navarro, E., García-Campayo, J., y Gili, M. (2015). Alteraciones cognitivas y depresión: Una revisión crítica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43, 187-193.
- Roemer, L., y Orsillo, S.M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Therapy*, 38, 72-85.
- Rosa, A. R., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, M., Salamero, M., Torrent, C., Reinares, M., ... y Vieta, E. (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 3. Recuperado de: <https://cpementalhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-0179-3-5>
- Rosique, M., Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., y Chorot, P. (2018, en prensa). Tratamiento transdiagnóstico de un caso con elevada comorbilidad de trastornos emocionales: Aplicación del protocolo unificado. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., y Hollon, S. D. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-37.
- Salkovskis, P. (1985). Obsessional compulsive problems: A cognitive behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 571-583.
- Sánchez, J., Rosa, A. I., y Olivares, J. (1998). Las técnicas de relajación en el campo de la psicología clínica y de la salud en España: Una revisión meta-analítica. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 45-46, 21-36.
- Sánchez, M. (2004). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy in patients with anxiety disorders. *Psychology in Spain*, 8, 89-97.
- 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, 85-100.
- Sandín, B. (1987). *Aportaciones recientes en psicopatología*. Madrid: Dykinson.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias*. Madrid: Dykinson.
- Sandín, B. (2005). Evitación interoceptiva: Nuevo constructo en el campo de los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, 103-114.
- Sandín, B. (2010). *Trastorno 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, 255-286.
- Sandín, B. (2014). El transdiagnóstico como nuevo enfoque en psicología clínica y psiquiatría. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, 111, 9-13.
- Sandín, B., y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología*, Vol. 2 (pp. 53-80). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., y Chorot, P. (2009). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2, pp. 53-80). Madrid: McGraw-Hill.
- 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, 37-51.
- Sandín, B., Chorot, P., y McNally, R.J. (1996). Validation of the Spanish versión of the Anxiety Sensitivity Index in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 283-290.
- 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, 185-203.
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. M. (2013). *Escala de evaluación de los síntomas de ansiedad y depresión*. Madrid: UNED (no publicado).
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. M. (2018). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. En J.C. Arango-Lasprilla, I. Romero, N. Hewitt-Ramírez, y W. Rodríguez (Eds.), *Trastornos psicológicos y neuropsicológicos en la infancia y la adolescencia*. Bogotá: Manual Moderno.
- 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, 107-122.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., y Santed, M.A. (2002). Relación entre la sensibilidad a

- la ansiedad y el nivel de miedos en niños. *Psicología Conductual*, 10, 107-120.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., Santed, M. A., y Lostao, L. (2004). Dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad: evidencia confirmatoria de la estructura jerárquica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 19-33.
- Sandín, B., Sánchez-Arribas, C., Chorot, P., y Valiente, R. M. (2015). Anxiety sensitivity, catastrophic misinterpretations and panic self-efficacy in the prediction of panic disorder severity: Toward a tripartite model of pavlovian conditioning. *Behaviour Research and Therapy*, 67, 30-40.
- Sandín, B., Valiente, R. M., y Chorot, P. (1999). Material de apoyo para la evaluación de los miedos y las fobias. En B. Sandín (Ed.), *Las fobias específicas* (pp. 161-188). Madrid: Klinik.
- 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. M., y Chorot, P. (2013). Dimensiones de sensibilidad al asco y predicción diferencial de los síntomas fóbicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 19-30.
- Sandín, B., Valiente, R. M., 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, 91-104.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Pineda, D., García-Escalera, J., y Chorot, P. (2017). Análisis factorial confirmatorio de la Escala de Síntomas de Ansiedad y Depresión (ESTAD). Póster presentado al X Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP), Albacete, 26-28 de octubre.
- Sassaroli, S., Lauro, L. J., Ruggiero, G. M., Mauri, M. C., Vinai, P., y Frost, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 757-765.
- Sauer-Zavala, S., Boswell, J. F., y Gallagher, M. W. (2012). The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 551-557.
- Schmidt, N. B., Buckner, J. D., Pusser, A., Woolaway-Bickel, K., Preston, J. L., y Norr, A. (2012). Randomized controlled trial of false safety behavior elimination therapy: A unified cognitive behavioral treatment for anxiety psychopathology. *Behavior Therapy*, 43, 518-532.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford Press.

- Segerstrom, S. C., Tsao, J. C. I., Alden, L. E., y Craske, M. G. (2000). Worry and rumination: Repetitive thought as concomitant and predictor of negative mood. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 671-688.
- Shafran, R., y Mansell, W. (2011). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21, 879-906.
- Sharp, D. M., Power, K. G., y Swanson, V. (2004). A comparison of the efficacy and acceptability of group versus individual cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 73-82.
- Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., Gorman, J. M., y Papp, L. A. (1997). Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1571-1575.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... y 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, 22-33.
- Shubina, I. (2015). Cognitive-behavioral therapy of patients with ptsd: Literature review. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 165, 208-216.
- Siev, J., y Chambless, D.L. (2007). Specificity of treatment effects: cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 513-522.
- Steer, R. A., Clark, D. A., Beck, A. T., y Ranieri, W. F. (1995). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: A replication. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 542-545.
- Stevens, S. R., Hynan, M. T., Allen, M., Braun, M. M., y McCart, M. R. (2007). Are complex psychotherapies more effective than biofeedback, progressive muscle relaxation, or both? A meta-analysis. *Psychological Reports*, 100, 303-324.
- Stewart, R. E., y Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 595-606.
- Stoeber, J., y Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 295-319.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- Taylor, S. (2000). *Understanding and treating panic disorder*. Chichester, UK: Wiley.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., ... y Jurado, S. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial

- validation of the Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3). *Psychological Assessment*, 19, 176-188.
- Terol-Cantero, M. C., Cabrera-Perona, V., y Martín-Aragón, M. (2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de psicología*, 31, 494-503.
- Titov, N., Dear, B. F., Johnston, L., y Terides, M. (2012). Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 237-260.
- Titov, N., Dear, B. F., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G., y McEvoy, P. (2011). Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 441-452.
- Titov, N., Dear, B. F., Staples, L. G., Terides, M.D., Karin, E., Sheehan, J., ... y McEvoy, P.M. (2015). Disorder-specific versus transdiagnostic and clinician-guided versus self-guided treatment for major depressive disorder and comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 35, 88-102.
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 710-720.
- Tsao, J. C. I. (2002). Effects of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbid conditions: Replication and extension. *Behaviour Therapy*, 33, 493-509.
- Tsao, J. C., Lewin, M. R., y Craske, M. G. (1998). The effects of cognitive-behavior therapy for panic disorder on comorbid conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 357-371.
- Tsao, J. C., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G., y Craske, M. G. (2005). Impact of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbidity: A controlled investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 959-970.
- Twomey, C., O'Reilly, G., y Byrne, M. (2015). Effectiveness of cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: A meta-analysis. *Family Practice*, 32, 3-15.
- 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.
- Vallejo, J., y Gasto, C. (1999). *Trastornos afectivos, ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson.
- Vøllestad, J., Sivertsen, B., y Nielsen, G.H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 281-288.
- Vythilingun, B., y Stein, D. J. (2004). Specific phobia. En D. Stein (Ed.), *Clinical Manual of Anxiety Disorders* (pp. 43-61). Washington: American Psychiatric Publication.
- Watson, D., Clark, L. E., y Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346-353.

- Watson, D., Clark, L. A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 1063-1070.
- Watson, D., O'Hara, M. W., y Stuart, S. (2008). Hierarchical structures of affect and psychopathology and their implications for the classification of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, *25*, 282-288.
- Weingartner, H., y Silberman, E. (1982). Models of cognitive impairment: Cognitive changes in depression. *Psychopharmacology Bulletin*, *18*, 27-42.
- Wilamowska, Z. A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Farchione, T. J., y Barlow, D. H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, *27*, 882-890.
- Wittchen, H. U. (2002). Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety*, *16*, 162-171.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... y Steinhausen, H.C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, *21*, 655-679.
- Wuthrich, V.M., y Rapee, R. M. (2013). Randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for comorbid anxiety and depression in older adults. *Behaviour Research and Therapy*, *51*, 779-786.
- Zaider, T. I., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Schneier, F. R., y Liebowitz, M. R. (2003). Evaluation of the clinical global impression scale among individuals with social anxiety disorder. *Psychological Medicine*, *33*, 611-622.
- Zigmond, A.S., y Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*, 361-370.
- Zimmerman, M., y Mattia, J. L. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *40*, 245-252.
- Zinbarg, R. E., y Barlow, D. H. (1996). Structure of anxiety and the anxiety disorders: A hierarchical model. *Journal of Abnormal Psychology*, *105*, 181-193.

Anexos

Anexo I: Criterios diagnósticos (DSM-5; APA, 2013) de los principales trastornos de ansiedad y depresión

Trastorno de depresión mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Trastorno depresivo persistente (distimia)

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnía.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Fobia específica

A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).

B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.

C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.

D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.

E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

Trastorno de ansiedad social (fobia social)

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.

J. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Trastorno de pánico

A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, “volverse loco”).
2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

Agorafobia

- A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:
1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
 2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
 3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
 4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
 5. Estar fuera de casa solo.
- B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada; miedo a la incontinencia).
- C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.
- D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.
- E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.
- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental- P. ej., los síntomas no se limitan a la fobia específica, a la situación; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

Trastorno de ansiedad generalizada

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o

deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad a la enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Anexo II: Instrumentos de evaluación

HADS

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde de prisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo realmente se sintió.

1. Me siento tenso o nervioso.
 - Todos los días
 - Muchas veces
 - A veces
 - Nunca
2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.
 - Como siempre
 - No lo bastante
 - Sólo un poco
 - Nada
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.
 - Definitivamente y es muy fuerte
 - Sí, pero no es muy fuerte
 - Un poco, pero no me preocupa
 - Nada
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.
 - Al igual que siempre lo hice
 - No tanto ahora
 - Casi nunca
 - Nunca
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.
 - La mayoría de las veces
 - Con bastante frecuencia
 - A veces, aunque no muy a menudo
 - Sólo en ocasiones
6. Me siento alegre.
 - Nunca
 - No muy a menudo
 - A veces
 - Casi siempre
7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.
 - Siempre
 - Por lo general
 - No muy a menudo
 - Nunca
8. Me siento como si cada día estuviera más lento.
 - Por lo general, en todo momento
 - Muy a menudo
 - A veces
 - Nunca
9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.
 - El Nunca
 - En ciertas ocasiones
 - Con bastante frecuencia
 - Muy a menudo
10. He perdido interés en mi aspecto personal.
 - Totalmente
 - No me preocupo tanto como debiera
 - Podría tener un poco más de cuidado
 - Me preocupo al igual que siempre
11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.
 - Mucho
 - Bastante
 - No mucho
 - Nada
12. Me siento optimista respecto al futuro.
 - Igual que siempre
 - Menos de lo que acostumbraba
 - Mucho menos de lo que acostumbraba
 - Nada
13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.
 - Muy frecuentemente
 - Bastante a menudo
 - No muy a menudo
 - Rara vez
14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.
 - A menudo
 - A veces
 - No muy a menudo
 - Rara vez

Comeche, M. I., Diaz, M. I., y Vallejo, M. A. (1995). *Cuestionarios inventarios y escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

CD

Fecha:

Nombre y apellidos.....Edad.....

Sexo: Hombre Mujer

A continuación se indican varias formas de sentirse o de pensar que tiene la gente. Lea cada frase y señale la puntuación entre **0** y **4** que indique mejor cómo se *ha sentido durante las últimas semanas*.

	0 <i>Nunca o casi nunca</i>	1 <i>Algunas veces</i>	2 <i>Bastantes veces</i>	3 <i>Muchas veces</i>	4 <i>Casi siempre</i>
1. Para mí es difícil pasarlo bien y disfrutar cuando estoy con otras personas, como amigos/as, pareja, etc.	0	1	2	3	4
2. Me he sentido fatigado/a o con muy poca energía	0	1	2	3	4
3. Me cuesta mucho disfrutar haciendo cosas, como pasear, leer, viajar, comer, ver alguna película, etc.	0	1	2	3	4
4. He tenido deseos de morirme	0	1	2	3	4
5. Me he sentido triste o deprimido/a la mayor parte del día	0	1	2	3	4
6. He sentido que en la vida no hay nada que merezca la pena	0	1	2	3	4
7. Mi apetito ha sido peor que antes	0	1	2	3	4
8. He dormido muy mal o he dormido mucho más de lo que acostumbraba	0	1	2	3	4
9. Me ha costado mucho comenzar alguna actividad o tarea, o tomar decisiones	0	1	2	3	4
10. He pasado gran parte del día llorando o con ganas de llorar	0	1	2	3	4
11. Me he notado muy torpe o lento/a (p.ej., en mi forma de hablar, pensar o moverme)	0	1	2	3	4
12. He pensado que no valgo para nada	0	1	2	3	4
13. He tenido muchos sentimientos de culpabilidad	0	1	2	3	4
14. Me ha resultado difícil pensar o concentrarme en algo	0	1	2	3	4
15. He pensado en terminar con mi propia vida	0	1	2	3	4
16. Me siento desesperanzado/a con respecto al futuro	0	1	2	3	4

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.

Escala de Ansiedad a la Interacción Social (SIAS)

Nombre..... Edad..... Sexo.....

Instrucciones: A continuación se indican algunas formas de sentirse o reaccionar que tiene la gente ante diversas situaciones. Lea cada uno de los enunciados y rodee con un círculo el número que mejor refleje el grado en que es característico en usted lo que indica cada enunciado (desde nada característico a muy característico). Utilice la siguiente gradación:

0	1	2	3	4
<i>Nada característico en mí</i>	<i>Un poco característico en mí</i>	<i>Algo característico en mí</i>	<i>Bastante característico en mí</i>	<i>Muy característico en mí</i>

1.	Me pongo nervioso si tengo que hablar con alguien de autoridad (profesor, jefe).	0	1	2	3	4
2.	Me cuesta mirar fijamente (mantener la mirada) a otra persona.	0	1	2	3	4
3.	Me pongo tenso si tengo que hablar sobre mí o sobre mis sentimientos.	0	1	2	3	4
4.	Tengo dificultades para relacionarme cómodamente con mis compañeros de trabajo.	0	1	2	3	4
5.	Me resulta fácil hacer amistades de mi propia edad.	0	1	2	3	4
6.	Me pongo muy tenso si me encuentro con un conocido en la calle.	0	1	2	3	4
7.	Cuando me relaciono socialmente estoy muy incómodo.	0	1	2	3	4
8.	Me siento tenso si estoy solo con otra persona.	0	1	2	3	4
9.	Me resulta fácil conocer gente en las fiestas.	0	1	2	3	4
10.	Tengo dificultades para hablar con otras personas.	0	1	2	3	4
11.	Me resulta fácil encontrar temas de conversación.	0	1	2	3	4
12.	Me preocupa expresarme por si parezco torpe.	0	1	2	3	4
13.	Encuentro difícil discrepar con otros puntos de vista.	0	1	2	3	4
14.	Me cuesta hablar con una persona atractiva del sexo opuesto.	0	1	2	3	4
15.	En situaciones sociales suelo estar preocupado por no saber qué decir.	0	1	2	3	4
16.	Me pongo nervioso al relacionarme con gente que no conozco bien.	0	1	2	3	4
17.	Cuando hablo siento que voy a decir algo inoportuno (embarazoso).	0	1	2	3	4
18.	Cuando me relaciono con un grupo, suele preocuparme ser ignorado.	0	1	2	3	4
19.	Me pongo tenso al relacionarme con un grupo.	0	1	2	3	4
20.	Me encuentro inseguro al saludar a alguien que conozco sólo superficialmente.	0	1	2	3	4

Corrección de la prueba: Se obtiene una puntuación global en *ansiedad a la interacción social* sumando los valores marcados para cada ítem.

R.P. Mattick y J.C. Clark, 1989. Versión española de R.M. Valiente y B. Sandín, 1996.

Sandín, B., Valiente, R. M., y Chorot, P. (1999). Material de apoyo para la evaluación de los miedos y las fobias. En B. Sandín (Ed.), *Las fobias específicas* (pp. 161-188). Madrid: Klinik.

PSWQ-11

A continuación encontrará una lista de 11 enunciados relacionados con formas de sentir que tiene la gente. Lea detenidamente cada uno de ellos y, **aplicándolo a usted**, conteste rodeando con un círculo el número que mejor se ajuste a su forma de sentir habitual. Tenga en cuenta que existe un rango posible de respuesta que oscila entre **1** y **5**, es decir:

1	2	3	4	5
No es en absoluto típico en mí				Es muy típico en mí

Así por ejemplo, si estima que lo que dice un enunciado no es nada típico en Ud., debería rodear el número **1**; pero si cree que es poco típico en usted, entonces debe rodear el número **2**; si considera que es relativamente típico en usted deberá rodear el número **3**; si es bastante típico, marque el número **4**; finalmente, si es muy típico en usted, rodee el número **5**. No piense demasiado cada frase. Conteste lo que a primera vista crea que es lo que mejor le define.

-
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Me agobian mis preocupaciones..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Son muchas las circunstancias que hacen que me sienta preocupado/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Sé que no debería estar tan preocupado/a por las cosas,
pero no puedo hacer nada por evitarlo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Cuando estoy bajo estados de tensión tiendo a preocuparme muchísimo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Siempre estoy preocupado/a por algo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Tan pronto como termino una tarea, enseguida empiezo a preocuparme
sobre alguna otra cosa que debo hacer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Toda mi vida he sido una persona muy preocupada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Soy consciente de que me he preocupado excesivamente por las cosas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Una vez que comienzan mis preocupaciones no puedo detenerlas..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Estoy preocupado/a constantemente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Cuando tengo algún proyecto no dejo de preocuparme hasta haberlo efectuado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
-

Clave de corrección:

Se obtiene una puntuación total de preocupación sumando las puntuaciones obtenidas en todos los items.

Reproducido con permiso de Sandín, y Chorot (1995, p. 97).

Sandín, B., y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología*, Vol. 2 (pp. 53-80). Madrid: McGraw-Hill.

Validación en:

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, 107-122.

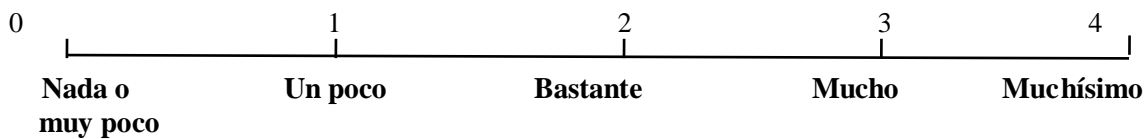
ASI-3

Fecha..... Edad.....

Sexo: ___Mujer ___Varón

Conteste rodeando con un círculo el número (0, 1, 2, 3, 4) que mejor refleje su experiencia con lo que se indica en cada uno de los enunciados.. Si algo de lo que se dice no lo ha sentido o experimentado nunca (p.ej., desmayarse en público), conteste como usted crea que se sentiría si realmente le hubiera ocurrido.

Responda a todos los enunciados teniendo en cuenta la siguiente valoración:



1. Para mí es importante no dar la impresión de estar nervioso/a	0	1	2	3	4
2. Cuando no puedo mantener mi mente concentrada en una tarea, siento la preocupación de que podría estar volviéndome loco/a	0	1	2	3	4
3. Me asusto cuando mi corazón late de forma rápida	0	1	2	3	4
4. Cuando me siento mal del estómago, me preocupa que pueda estar seriamente enfermo/a	0	1	2	3	4
5. Me asusto cuando soy incapaz de mantener mi mente concentrada en una tarea	0	1	2	3	4
6. Cuando tiemblo en presencia de otras personas, me da miedo lo que puedan pensar de mí	0	1	2	3	4
7. Cuando siento opresión en el pecho, me asusta no poder respirar bien	0	1	2	3	4
8. Cuando siento dolor en el pecho, me preocupa que vaya a darme un ataque cardíaco	0	1	2	3	4
9. Me preocupa que otras personas noten mi ansiedad	0	1	2	3	4
10. Cuando tengo la sensación de que las cosas no son reales, me preocupa que pueda estar mentalmente enfermo/a	0	1	2	3	4
11. Tengo miedo a sonrojarme delante de la gente	0	1	2	3	4
12. Cuando noto que mi corazón da un salto o late de forma irregular, me preocupa que algo grave me esté ocurriendo	0	1	2	3	4
13. Cuando comienzo a sudar en una situación social, me da miedo que la gente piense negativamente de mí	0	1	2	3	4
14. Cuando mis pensamientos parecen acelerarse, me preocupa que pueda volverme loco/a	0	1	2	3	4
15. Cuando siento opresión en la garganta, me preocupa que pueda atragantarme y morir	0	1	2	3	4
16. Cuando me resulta difícil pensar con claridad, me preocupa que me esté ocurriendo algo grave	0	1	2	3	4
17. Pienso que me resultaría horrible si me desmayase en público	0	1	2	3	4
18. Cuando mi mente se queda en blanco, me preocupa que me esté ocurriendo algo terriblemente malo	0	1	2	3	4

Sandín, B., Valiente, R. M., 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, 91-104.

PANAS

Identificación..... Edad..... Sexo.....
 Fecha.....

A continuación se indican diversos sentimientos y emociones que suele experimentar la gente. Lea cada uno de ellos y, refiriéndolo a usted, conteste indicando como se ha sentido **habitualmente**:

Habitualmente (en general) me he sentido:

	<i>Nada o casi nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho o muchísimo</i>
1. Interesado/a (que muestro interés por la gente o las cosas)					
2. Estresado/a, con sentimiento de malestar					
3. Emocionado/a, animado/a					
4. Disgustado/a, molesto/a					
5. Enérgico/a, con vitalidad					
6. Culpable					
7. Asustado/a					
8. Enojado/a, hostil					
9. Entusiasmado/a					
10. Orgulloso/a (de algo), satisfecho/a					
11. Irritable, malhumorado/a					
12. Alerta (despierto/a), despejado/a					
13. Avergonzado/a					
14. Inspirado/a					
15. Nervioso/a					
16. Decidido/a, atrevido/a					
17. Atento/a o consciente (pongo atención)					
18. Intranquilo/a o inquieto/a					
19. Activo/a					
20. Temeroso/a, con miedo					

© 1988 Watson, Clark & Tellegen, American Psychological Association, Inc. Versión española B. Sandín, UNED, Madrid. Traducido y reproducido con permiso.

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, 37-51.

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE PERFECCIONISMO

APELLIDOS.....NOMBRE.....

Edad.....Nacionalidad.....Nivel de estudios

(máximo).....

Profesión.....Fecha.....

A continuación encontrará una lista de afirmaciones que describen diversos modos de ser de las personas. Por favor, utilice la escala de números para señalar en qué medida está de acuerdo con cada una de esas afirmaciones aplicada a usted mismo/a, a su forma de ser habitual, o a sus experiencias..

1= Estoy completamente en desacuerdo
2= Estoy un poco de acuerdo
3= Estoy bastante de acuerdo
4= Estoy muy de acuerdo
4= Estoy muy de acuerdo

1	Mis padres me pusieron metas muy altas	1	2	3	4	5
2	Para mí, es muy importante que todo esté organizado	1	2	3	4	5
3	De niño, me castigaban por no hacer las cosas perfectas	1	2	3	4	5
4	Si no me pongo las metas más altas, seguramente acabaré siendo un segundón	1	2	3	4	5
5	Mis padres nunca intentaron entender mis errores	1	2	3	4	5
6	Para mí es importante ser muy competente en todo lo que hago	1	2	3	4	5
7	Soy una persona cuidadosa	1	2	3	4	5
8	Intento ser organizado	1	2	3	4	5
9	Si fracaso en el trabajo/estudios, soy un fracasado	1	2	3	4	5
10	Debería sentirme mal si cometo un error	1	2	3	4	5
11	Mis padres querían que fuera el mejor en todo	1	2	3	4	5
12	Me pongo metas más altas para mí mismo que la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
13	Si alguien hace una tarea en el colegio/trabajo mejor que yo, siento como si hubiera fracasado totalmente en esa tarea	1	2	3	4	5
14	Fracasar en parte es tan malo como fracasar en todo	1	2	3	4	5
15	En mi familia sólo se acepta un rendimiento sobresaliente	1	2	3	4	5

16	Se me da muy bien concentrar mis esfuerzos en alcanzar una meta	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

17	Incluso cuando hago algo con mucho cuidado, a menudo me parece que no está bien del todo	1	2	3	4	5
18	Odio no llegar a ser el mejor en todo lo que hago	1	2	3	4	5
19	Tengo metas extremadamente altas	1	2	3	4	5
20	Mis padres esperaban de mí la excelencia, lo mejor	1	2	3	4	5
21	Seguramente la gente me apreciará menos si cometo un error	1	2	3	4	5
22	Nunca me he sentido capaz de lograr lo que mis padres esperaban de mí	1	2	3	4	5
23	Si no hago las cosas tan bien como los demás, significa que soy un ser humano inferior	1	2	3	4	5
24	Los demás parecen conformarse con metas más bajas que las mías	1	2	3	4	5
25	Si no hago las cosas siempre bien, la gente no me respetará	1	2	3	4	5
26	Mis padres siempre han tenido expectativas más altas sobre mi futuro que yo mismo	1	2	3	4	5
27	Intento ser una persona cuidadosa	1	2	3	4	5
28	Normalmente tengo dudas sobre las pequeñas cosas que hago cada día	1	2	3	4	5
29	La pulcritud es muy importante para mí	1	2	3	4	5
30	En mis tareas cotidianas espero conseguir mayor rendimiento que la mayor parte de la gente	1	2	3	4	5
31	Soy una persona organizada	1	2	3	4	5
32	Tiendo a retrasarme en mi trabajo porque repito las cosas una y otra vez	1	2	3	4	5
33	Me cuesta mucho tiempo hacer algo “bien”	1	2	3	4	5
34	Cuanto menos errores cometa, más gustaré a los demás	1	2	3	4	5
35	Nunca me he sentido capaz de llegar a alcanzar el nivel de mis padres	1	2	3	4	5

MUCHAS GRACIAS

COMPRUEBE QUE NO DEJÓ NINGUNA FRASE SIN RESPONDER

Carrasco, A., Belloch, A., y Perpiñá, C. (2009). La evaluación del perfeccionismo: utilidad de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo en población española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 35, 49-65.

Anexo III: Descripción de los contenidos de las sesiones del tratamiento

Módulo 1: Mejorar la motivación y el compromiso con el tratamiento

El objetivo principal de la primera sesión se centra en exponer cómo va a ser la intervención y el funcionamiento del grupo (encuadre, módulos jerarquizados, participación, asistencia, tareas para casa). Así mismo tiene lugar la presentación de los pacientes. Una vez señaladas las pautas de funcionamiento y presentados los integrantes del grupo, los objetivos a trabajar son: la motivación intrínseca, la adherencia al tratamiento, el compromiso para el cambio y la autopercepción para conseguir la mejoría terapéutica. Se explica el objetivo de los autoregistros que se utilizarán en la terapia y se comienza su cumplimentación que se finalizará como tareas para casa: a través del “registro del balance decisional” cada paciente evalúa los costes y beneficios del cambio y de la permanencia. Mediante el “registro de establecimiento de metas” se plantean las metas específicas personales a alcanzar durante el tratamiento. Como tareas inter-sesión se solicita así mismo la cumplimentación semanal de la Escala de severidad e interferencia general de la ansiedad (OASIS), la Escala de severidad e interferencia general de la depresión (ODSIS) y del “registro de progreso” con el objetivo de fomentar la monitorización emocional y la toma de conciencia. En el caso de ambas escalas (OASIS y ODSIS), no se emplearon como instrumentos de medida, sino como apoyo al proceso terapéutico, a lo largo del tratamiento, para mejorar la detección del estado emocional.

Módulo 2: Psicoeducación de las emociones. Introducción del modelo ARC (antecedentes-respuesta-consecuentes). Introducción de las respuestas aprendidas y las conductas impulsadas por la emoción (CIE)

La segunda sesión se focaliza en la psicoeducación de las emociones, señalando fundamentalmente su naturaleza adaptativa y funcional y sus tres componentes o el triple sistema de respuesta: pensamientos, sensaciones físicas y conductas. Se introduce el concepto de conducta impulsada por una emoción (CIE), que se retomará con mayor profundidad en la quinta sesión, y se insta a realizar un análisis contextual de las emociones según el modelo ARC que atiende los antecedentes, la respuesta o experiencia emocional y los consecuentes. Al final de la sesión se presenta el concepto de respuestas aprendidas y el efecto que producen las respuestas de evitación en el mantenimiento del malestar. Como tarea inter-sesión se establece la cumplimentación de dos autoregistros: “los tres componentes de las emociones” y “el análisis contextual de las emociones y conductas impulsadas por la emoción”.

Módulo 3: Entrenamiento en conciencia emocional: aprendiendo a observar las experiencias

El tercer módulo se centra en la conciencia emocional a través de “ejercicios de mindfulness”. Se distingue la emoción primaria, aquella reacción emocional que surge como respuesta adaptativa a

una determinada situación, y emoción secundaria, que sería la reacción a la emoción primaria y conlleva valoraciones subjetivas sobre la emoción primaria. Se entrena la habilidad de tomar conciencia en el presente de las emociones sin juzgarlas a través de “ejercicios de atención plena” y se cumplimentan los registros de “conciencia emocional sin juzgar centrada en el presente” y “anclaje en el presente”, que posteriormente se prescriben como tareas para casa junto con el registro de “inducción de estados de ánimo a través de la música”, en el que se identifican los pensamientos, sentimientos y reacciones que surgen al emerger una emoción al escuchar distintas melodías.

Módulo 4: La evaluación y reevaluación cognitiva

Durante la cuarta sesión se expone la relación recíproca entre pensamientos y emociones y se explica la reestructuración cognitiva, es decir los mecanismos que permiten interpretar, evaluar o dar significado a los acontecimientos circundantes. Se realiza el “ejercicio de la imagen ambigua” mientras se rellena el registro “observando tus interpretaciones”. Se presentan las trampas o errores de pensamiento, es decir, una aplicación indiscriminada, inflexible, desadaptativa y errónea de evaluaciones que conllevan a la sobreestimación de la probabilidad, también denominado saltar a conclusiones, y la catastrofización, denominado así mismo pensar en lo peor. Se exponen dos estrategias de reevaluación que favorecen la regulación emocional, destinadas a promover la flexibilidad del pensamiento y la génesis de interpretaciones más realistas basadas en la evidencia: calcular la probabilidad de sobreestimación y descatastrofizar o aprender a reevaluar pensar en lo peor. Como tareas para casa se solicita la cumplimentación del registro de la “técnica de la flecha descendente” y de la “identificación y evaluación de pensamientos automáticos”.

Módulo 5: Evitación emocional y conductas impulsadas por la emoción

En esta sesión se identifican los patrones de evitación emocional y se muestra cómo contribuyen al desarrollo y mantenimiento de las emociones negativas, impidiendo la habituación y provocando el riesgo de anclarse en creencias irracionales e interfiriendo en la extinción de la experiencia emocional. A través del registro de “estrategias de evitación emocional” se comienza la detección de las tres principales estrategias: conductas sutiles de evitación, evitación cognitiva y conductas o señales de seguridad. Posteriormente, se exponen los efectos paradójicos de la evitación emocional a través del experimento de Wegner et al. (1987) que incorpora el grupo de Barlow para explicar cómo los intentos de control cognitivo y supresión del pensamiento provocan el efecto contrario. Al final de la intervención se retoma el concepto de conducta impulsada por la emoción para enseñar, por una parte, cómo se puede fomentar su extinción y, por otra, cómo se puede aprender a establecer conductas alternativas, más adaptativas y saludables a través del registro de “cambio de las CIE” como tarea entre sesiones.

Módulo 6: Conciencia y tolerancia a las emociones físicas

En el sexto módulo se explica la importancia de la exposición gradual a las emociones recurriendo a las habilidades aprendidas previamente, se enfatiza el papel de las sensaciones físicas en la experiencia emocional y se trabaja su tolerancia a través de ejercicios que provocan sensaciones físicas desagradables similares a los síntomas. Como tarea para casa se pauta mediante el registro de “inducción de síntomas” una exposición a las sensaciones físicas internas asociadas a las emociones. La segunda parte de la sesión se destina a que cada paciente elabore una jerarquía de evitación a dos niveles: emocional o interoceptiva (afrontamiento de las emociones evitadas), y exteroceptiva (afrontamiento de las situaciones evitadas por las emociones que suscitan).

Módulo 7: Exposición emocional interoceptiva y situacional

En las sesiones 7 y 8 se trabajan los contenidos del módulo 7 y suponen, junto con la sexta, un mayor nivel de dificultad, dado que se enfrenta a los pacientes al afrontamiento de los estímulos externos temidos que generan las emociones a través de la exposición progresiva. Para ello se diseñan ejercicios de exposición en distintos formatos según el estímulo evitado (in vivo, interoceptivos, en formato de ensayo de conducta o en imaginación), y se hace hincapié en la prevención de respuesta como componente esencial de la exposición. Como tarea entre sesiones se solicita la ejecución de las exposiciones y la cumplimentación del registro de “práctica de exposición emocional”.

Módulo 8: Mantenimiento y prevención de recaídas

La novena sesión del programa se centra en la revisión del trabajo individual, a través del análisis del “registro de progreso” entregado al comienzo para monitorizar los niveles de ansiedad y depresión evaluados con ODSIS y OASIS; así mismo se consolidan las estrategias aprendidas para afrontar las emociones (conciencia de emociones centrada en el presente y sin juzgar, identificación de las evaluaciones automáticas y evaluación cognitiva, supresión de la evitación emocional, exposición emocional y situacional y modificación de las conductas impulsadas por emociones), y se estudian las posibles causas o razones en caso de no haber alcanzado la mejoría deseada. Para la prevención de recaídas se identifican y buscan soluciones a posibles desencadenantes potenciales de retrocesos y para el mantenimiento de los logros se recomienda continuar con el trabajo terapéutico realizado.

Seguimiento a los tres y seis meses

Las sesiones de seguimiento poseen una estructura similar a la novena sesión y se repasan los conceptos y habilidades practicados, se resuelven dudas y se consolida el aprendizaje. Además se destina parte del tiempo a solventar posibles dificultades acaecidas y comentar la experiencia personal de cada miembro desde la finalización del grupo.