



UNIVERSIDAD
DE
CÓRDOBA

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

ADAPTACIÓN DEL PROTOCOLO UNIFICADO DE BARLOW PARA LA INTERVENCIÓN GRUPAL TRANSDIAGNÓSTICA EN TRASTORNOS EMOCIONALES

**Propuesta e implementación en la Unidad de Psicoterapia
de Salud Mental del Hospital Universitario Reina Sofía
(Córdoba)**

Autor: Marina Sánchez Picazo

Tutor principal: José Fernando Venceslá Martínez

Córdoba, Febrero de 2018

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
1. Justificación	5
2. Marco teórico	6
a. Problemas del enfoque categorial.....	6
b. Beneficios del enfoque transdiagnóstico.....	7
c. Qué tienen en común los trastornos emocionales.....	8
d. Descripción protocolo transdiagnóstico desórdenes emocionales.....	12
3. Objetivos	15
MÉTODO	15
1. Diseño	15
2. Participantes	15
3. Instrumentos	16
4. Procedimiento	17
a. Descripción contenido sesiones y adaptaciones	19
6. Análisis de datos	26
RESULTADOS	26
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

RESUMEN

Introducción: La elevada comorbilidad encontrada entre los Trastornos Emocionales, ha conducido hacia la creación de protocolos de intervención transdiagnóstica, como el Protocolo Unificado de Barlow (2011), que tratan de englobar en su intervención los aspectos comunes a los diferentes trastornos. Entre sus ventajas, destaca la posibilidad tanto de aplicarse a pacientes con múltiples diagnósticos de forma individualizada como a grupos de pacientes con diagnósticos diferenciales. Los resultados de estudios de investigación sugieren mejorías sintomatológicas similares a las obtenidas en protocolos tradicionales, entregando resultados de una mayor eficiencia y economía tanto por su facilidad de aplicación y de formación de terapeutas, como por su posibilidad de implementación en diferentes patologías incluso de forma grupal. **Objetivo:** En el presente ensayo sin grupo control con medidas pre-post, se pretende realizar e implementar un protocolo basado en el Protocolo de Barlow (2011) con un formato grupal, tratando de dilucidar si existe mejoría tras su aplicación, así como si se trata de una herramienta eficaz para implementar en ámbitos de Salud Mental Pública. **Método:** Con una muestra de 19 participantes evaluados de forma pre y post tratamiento, se implementó el protocolo de terapia grupal transdiagnóstica creado en base al Protocolo de Barlow (2011) en 17 sesiones. **Resultados:** Las diferencias estadísticas obtenidas entre las medidas de evaluación han resultado estadísticamente significativas para las diferentes medidas (depresión, ansiedad, calidad de vida, sintomatología). **Conclusiones:** Los datos obtenidos reflejan que el protocolo de intervención transdiagnóstica grupal implementado resulta una herramienta eficaz en la reducción de sintomatología clínica de la muestra de participantes del estudio.

Palabras clave: Protocolo unificado transdiagnóstico, Intervención grupal, Trastornos Emocionales, Comorbilidad.

ABSTRACT

Introduction: The high comorbidity found among Emotional Disorders has led to the creation of transdiagnostic intervention protocols, such as the Barlow Unified Protocol (2011), which try to encompass in the intervention common aspects of the different emotional disorders. Among its advantages, it stands out the possibility to apply the protocol both to patients with multiple diagnoses individually or groups of patients with differential diagnoses. The results of research studies suggest symptomatic improvements similar to those obtained under interventions based in traditional protocols, however, delivering results of greater efficiency and economy both for the ease of training professionals and for the possibility of implementation in different pathologies even in group. **Objective:** In the present pre-post design study, we carry out and implement a protocol based on the Barlow Unified Protocol (2011) with a group format. We will try to elucidate whether there is an improvement after its application, as well as whether it is an effective and interesting tool to implement in areas of Public Mental Health. **Method:** With a sample of 19 participants evaluated before and after treatment, the transdiagnostic group therapy protocol created based on the Barlow Protocol (2011) was implemented in 17 sessions. **Results:** The statistical differences obtained between the pre and post treatment evaluation measures have been statistically significant for all the target measures (depression, anxiety, quality of life and symptomatology). **Conclusions:** The obtained data reflects that the implemented transdiagnostic group intervention protocol is an effective and economic tool in the reduction of clinical symptomatology.

Key Words: Unified Protocol, Transdiagnostic, Group intervention, Emotional Disorders, Comorbidity

INTRODUCCIÓN

1. JUSTIFICACIÓN

Tanto la elevada prevalencia a nivel mundial de los trastornos emocionales (TE) como los altos costes económicos y temporales anuales destinados a su tratamiento, han ocasionado un aumento en la investigación acerca de la eficacia de protocolos de intervención en trastornos emocionales. Los protocolos existentes especializados en intervenir aspectos emocionales concretos presentan crecientes limitaciones, entre las que destacan una baja divulgación, altos costes tanto en formación como en implementación individualizada e incluso, debido a la alta comorbilidad encontrada entre distintos trastornos emocionales, altos índices de recaídas y una complicación añadida a la hora de decidirse por un protocolo concreto.

Fruto de dichas dificultades surgen las clasificaciones y protocolos de intervención transdiagnóstica, como es el Protocolo Unificado de Barlow (Barlow, 2011), caracterizadas por centrarse en intervenir sobre los aspectos comunes a los distintos TE. La evidencia sugiere que este tipo de intervenciones están asociadas a una mejoría sintomatológica en trastornos comórbidos comparable a los protocolos tradicionales, así como una alta satisfacción y expectativas de mejora en los pacientes. Una característica importante es la posibilidad que ofrece de realizar la intervención en formato grupal, encontrándose también resultados prometedores en este ámbito, fruto de los beneficios que ofrece la alianza y cohesión grupal que se produce.

Atendiendo a la realidad de las Unidades de Salud Mental Pública, la posibilidad de beneficio y mejora que aportan las intervenciones transdiagnósticas, así como de reducción de costes dada la posibilidad de intervención en formato grupal, nace la idea de realizar una adaptación del Protocolo Unificado de Barlow en un formato grupal adaptado a las necesidades encontradas en la Unidad de Psicoterapia del Hospital Reina Sofía de Córdoba. Se pretende dilucidar si mediante su aplicación se encuentran mejoras significativas en los pacientes con TE y si dicho protocolo conforma una herramienta útil, eficiente e interesante que se ajusta a las necesidades detectadas en este ámbito de la Salud Mental.

Mi rol en el desarrollo e implementación de este trabajo ha radicado en la búsqueda bibliográfica, fundamentación teórica y redacción del presente trabajo, así como en la

corrección de las pruebas de evaluación pre y post de los 19 participantes y la elaboración e interpretación del análisis estadístico, conclusiones y discusión.

2. MARCO TEÓRICO

a. Problemas del enfoque categorial

Siguiendo los principios de la Psicología Basada en la Evidencia, para que una intervención sea de elección para un trastorno específico dentro del ámbito de la psicología clínica, ha de tener apoyo empírico que garantice su evidencia de forma científica. En la actualidad disponemos de un amplio bagaje de tratamientos avalados para casi todos los trastornos mentales existentes, diseñados en forma de protocolos específicos para trastornos concretos, siguiendo así el dictamen de las clasificaciones diagnósticas categoriales (Moriana, Gálvez-Laray y Corpas, 2017; Sandin, 2012).

La proliferación de clasificaciones diagnósticas tales como el DSM o el CIE han direccionado el modelo actual, delimitando trastornos de acuerdo con síntomas considerados como únicos y concretos, e influenciando así en la correspondiente creación de intervenciones igual de específicas para cada uno de los diferentes trastornos propuestos (Estevez, Ramos y Salguero, 2015).

No obstante, a pesar de su eficacia demostrada, e incluso en consideración de tratamientos de primera línea, una amplia gama de este tipo de intervenciones se encuentra infrutilizada. Las razones, probablemente, radiquen en que la amplia y rápida proliferación de manuales de tratamiento dirigidos hacia trastornos aislados provoca que los profesionales de la salud mental no tengan clara la vía a escoger, con la complicación que requiere familiarizarse y desenvolverse competentemente entre tantos manuales; ligado a una posible formación insuficiente de los estudiantes y profesionales en el modelo de los tratamientos con apoyo en la investigación. También es posible que las propias creencias de los profesionales o pacientes puedan tener algo que ver con la escasa y poco adecuada diseminación de los tratamientos eficaces. Esto conlleva a que un alto porcentaje de pacientes no reciban el tratamiento indicado para su problema, o lo reciban a destiempo, cuando ya los problemas han impactado de forma importante sus vidas o incluso se han cronificado. Esta situación no sólo conduce a costes económicos elevados

y sufrimiento, sino también hacia un cuestionamiento ético. (Tortella-Feliu, M., Vázquez, C., Valiente, C., Quero, S., Soler, J., Montorio, I., y cols., 2016).

Otra complicación que ofrecen las clasificaciones tradicionales basadas en el modelo categorial es que dejan en un segundo plano las cuestiones etiológicas (las causas). Un enfoque más profundo hacia la comprensión de diferentes trastornos revela que los aspectos comunes que comparten en cuanto a etiología, estructuras latentes y factores de mantenimiento superan sus elementos diferenciales. De hecho, con frecuencia, las personas con un trastorno o problema tienen otro problema o trastorno comórbido (Barlow, 2011; Sandín, 2012).

b. Beneficios del enfoque Transdiagnóstico

Fruto de las dificultades mencionadas derivadas del modelo categorial, surge el Modelo Transdiagnóstico (MT) (esquematisado en la *Figura 1*), una nueva aproximación basada en una conceptualización dimensional que implica un cambio de perspectiva en la comprensión de la psicopatología, que se basa en la identificación de factores comunes a los diferentes trastornos a la hora de generar estrategias de intervención. El MT no supone reemplazar a los sistemas categoriales, sino complementarlos, tratando de simplificar tanto la comprensión de la psicopatología como el abordaje terapéutico, mediante la creación de modelos y protocolos de intervención válidos para grupos de trastornos que comparten procesos y mecanismos etiológicos y de mantenimiento (Barlow, 2011; Sandín, 2012).

Siguiendo esta línea, existe evidencia que muestra que incluso intervenciones tradicionales indicadas para un trastorno específico reducen la sintomatología de trastornos comórbidos no abordados directamente. Esto revela el impacto producido de forma indirecta sobre los factores subyacentes compartidos a distintos trastornos, vislumbrando nuevamente la oportunidad que un abordaje dimensional transdiagnóstico focalizado en los aspectos compartidos entre distintos desórdenes puede generar tras su implementación, ayudando a los pacientes no solo a manejar su problema principal, sino también sintomatología comórbida, e incluso potenciando la prevención de recaídas (García-Escalera, Valiente, Reales y Sandín, 2016; McEvoy, Nathan, y Norton, 2009; Estevez, Ramos y Salguero, 2015).

Otro aspecto interesante es que desde esta concepción dimensional un mismo protocolo se puede aplicar a una variedad importante de pacientes inter e intra-trastorno: trastornos puros, comórbidos y no especificados, y además en formato individual o grupal con pacientes heterogéneos, facilitando una mayor flexibilidad en la creación de grupos terapéuticos y por tanto, un menor tiempo de espera para comenzar el tratamiento, haciendo la intervención más accesible en el ámbito de la salud pública (Barlow, 2011; Sandín, 2012; McEvoy y cols., 2009).

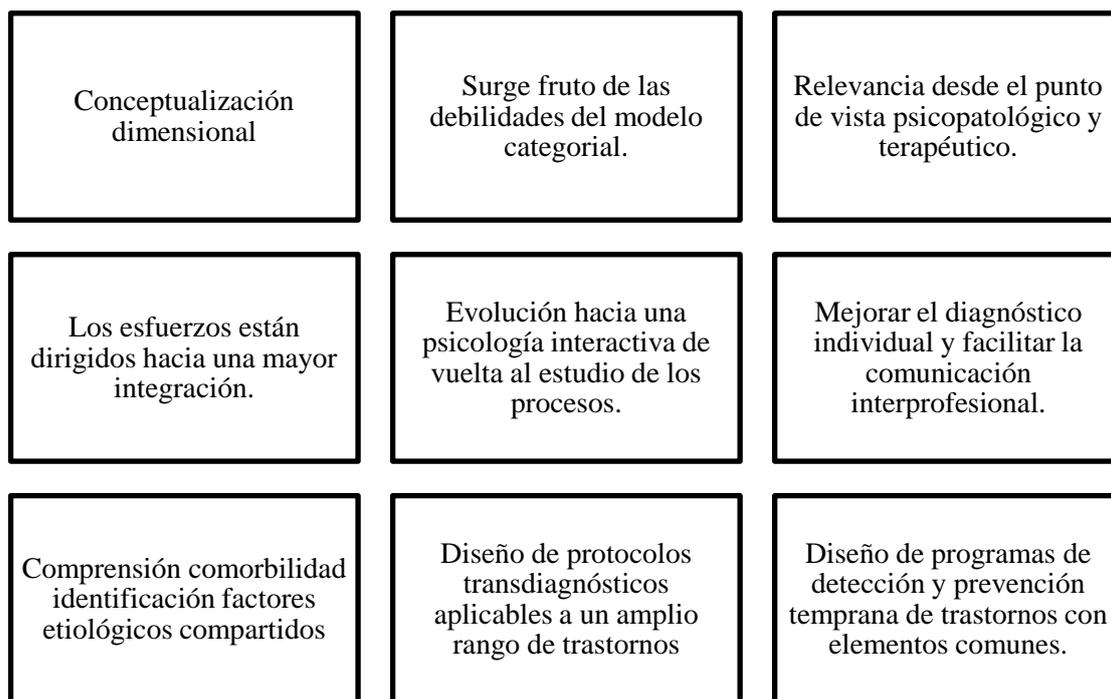


Figura 1. Características de los Modelos Transdiagnósticos. Adaptación de “Algunas de las ventajas de adoptar un enfoque transdiagnóstico”, de Belloch, 2012.

c. Qué tienen en común los trastornos emocionales

Los trastornos emocionales (TE) (de ansiedad y del estado de ánimo, entre los que se incluyen Trastorno de Pánico con o sin Agorafobia, Fobia Social, Ansiedad Generalizada, Estrés Posttraumático, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Depresión, y otros trastornos emocionales relacionados con la Hipocondría o alteraciones relacionadas con Ansiedad excesiva) se encuentran entre los problemas mentales más frecuentes, con una prevalencia vital de alrededor del 25% (Barlow, 2011). Su forma de presentación es muy heterogénea, observándose de manera habitual sintomatología concordante con diferentes categorías diagnósticas, resultando difícil tanto etiquetar dentro de una unidad diagnóstica concreta,

como la selección de intervenciones igualmente específicas (Barlow, 2011; Estevez, Ramos y Salguero, 2015).

El problema radica en que, si los TE no son adecuadamente intervenidos, su curso puede resultar crónico, afectando de forma significativa a las principales áreas vitales de las personas. Por ello resulta de gran importancia disponer tanto de modelos teóricos que recojan la realidad de la manifestación de los trastornos emocionales en la práctica clínica diaria, como de tratamientos de eficacia y eficiencia que den respuesta a este importante y creciente problema de salud a nivel mundial (Barlow, 2011; Estevez, Ramos y Salguero, 2015).

Las presentes dificultades han conducido a diferentes autores a investigar la superposición existente en el diagnóstico de los Trastornos Emocionales (TE), como evidencian las altas tasas de comorbilidad (alrededor del 55% de los pacientes con un trastorno emocional (ansiedad o depresión) tiene al menos otro desorden emocional, (Brown y Barlow, 2009)). La amplia evidencia de la existencia de variables comunes a través de los diferentes TE se traduce en la práctica clínica en la propensión hacia una desadaptativa regulación emocional, una reactividad emocional incrementada, esquemas cognitivos desadaptativos, la tendencia a ver las experiencias como aversivas y la propensión hacia controlar o evitar las respuestas emocionales (Barlow, 2011; Estevez, Ramos y Salguero, 2015).

Entre los distintos modelos teóricos a la base que explican tanto la génesis de los TE como su mantenimiento, destacan **el Modelo de la triple vulnerabilidad de Barlow (2011)** y el **Modelo General de Desórdenes Emocionales (MGDE)**, descritos a continuación (Estevez, Ramos y Salguero, 2015).

Desde el plano biológico y psicológico, **Barlow (1998) apela a tres tipos de vulnerabilidades** diferentes relacionadas entre sí; **la vulnerabilidad biológica general, la vulnerabilidad psicológica general y la vulnerabilidad psicológica específica**, ilustradas en la **Figura 2** (Barlow, 2011; García-Escalera, Valienta, Reales y Sandín, 2016).

La vulnerabilidad biológica general hace referencia a la contribución genética de temperamentos que inciden en el inicio y mantenimiento de los TE, que permanecen latentes o inactivos a menos que se activen por estímulos o circunstancias ambientales.

Estas dimensiones básicas son el **neuroticismo/afecto negativo** y la **extraversión/afecto positivo**. Barlow (2002) se fundamenta en el modelo tripartito de Clark y Watson (1991) para apuntar el afecto negativo/neuroticismo como uno de los elementos comunes a la base de los diferentes desórdenes emocionales. Está relacionado con el sistema de inhibición, que se manifiesta en la creencia de incontrollabilidad, hipervigilancia y percepción de baja autoeficacia respecto a la habilidad de afrontamiento de acontecimientos estresantes, que provoca una respuesta de evitación en los individuos con alto neuroticismo/afecto negativo. Por otra parte, el **bajo afecto positivo**, traducido en un bajo entusiasmo, interés y elevado pesimismo se encuentra asociado a una reducción del sistema de activación comportamental. Estos procesos neurobiológicos subyacen al aumento de la intensidad y la frecuencia de la experiencia emocional negativa en los TE (Barlow, 2011; Gray, 2000; Brown y Barlow, 2009).

La vulnerabilidad psicológica generalizada, hace referencia a las experiencias tempranas que contribuyen a experimentar ansiedad, asociado a los cambios producidos en la función cerebral tras la vivencia de eventos tempranos adversos y estados afectivos negativos relacionados. Producen sensación de falta de control e incertidumbre. **Si estas dos vulnerabilidades generalizadas (biológica y psicológica) coinciden**, el sujeto tiene mayor riesgo de experimentar estados ansiógenos o depresivos ante eventos estresantes de la vida, que pueden activar estas vulnerabilidades generalizadas (Barlow, 2011).

Y, por último, la **Vulnerabilidad psicológica específica** explica por qué se desarrolla un trastorno emocional en lugar de otro, producto del aprendizaje de respuestas concretas poco adaptativas ante la ansiedad (Barlow, 2011).

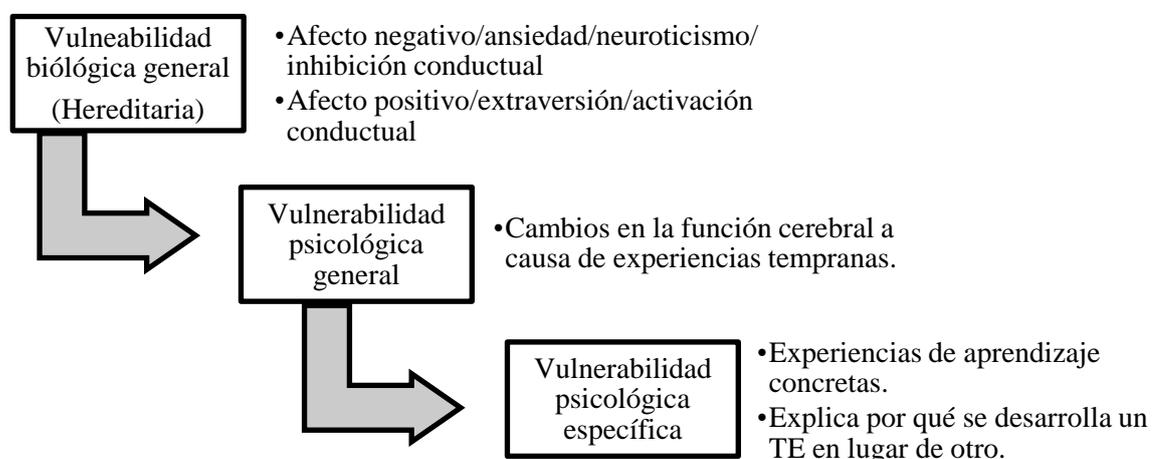


Figura 2. Ilustración de las vulnerabilidades biológica general, psicológica general y psicológica específica a la base de los TE. Adaptada de Barlow, 2011.

El Modelo General de Los Desórdenes Emocionales (MGDE) (representado en la **Figura 3**), por su parte, explica la génesis y el mantenimiento de los diferentes TE a través de la integración de variables transdiagnósticas implicadas en la generación de emociones y variables implicadas en la regulación emocional (Estevez, Ramos y Salguero, 2015).

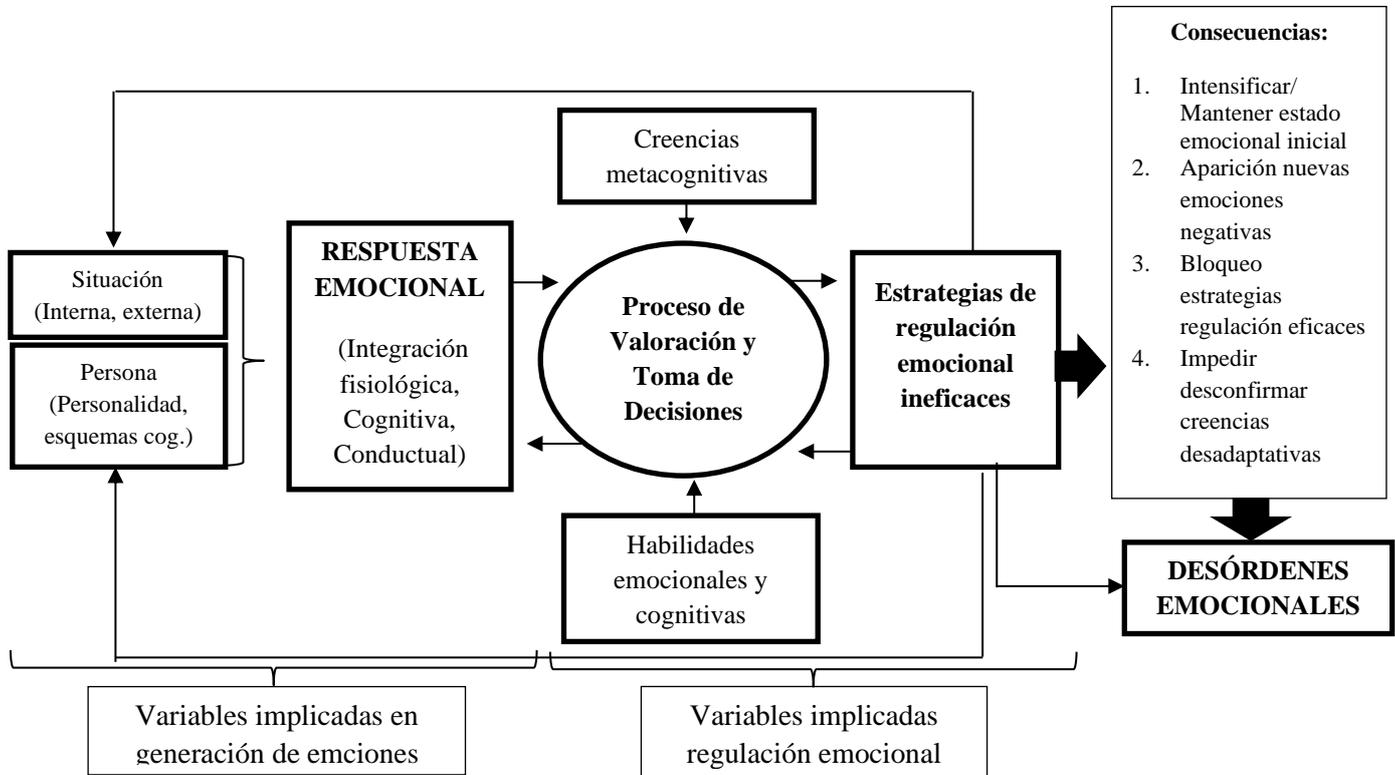


Figura 3. Modelo General de Los Desórdenes Emocionales esquematizado, Adaptado de Estevez, Ramos y Salguero, 2015.

En cuanto a la **generación emocional**, el MGDE diferencia dos estructuras principales, la situación (estímulos externos o internos) y la persona (esquemas cognitivos y rasgos de personalidad), que en su interacción provocan la respuesta emocional (integración fisiológica, cognitivo y conductual/ tendencia de acción). No obstante, la forma en que se llevará a la práctica una acción u otra dependerá de la forma en que **regulemos dichas emociones**, mediante los procesos de valoración y de toma de decisiones (dando sentido a la situación (interna o externa), a nuestros pensamientos y a la respuesta emocional suscitada), influenciados por nuestras habilidades cognitivas-emocionales y nuestras metacreencias (Estevez, Ramos y Salguero, 2015).

Atendiendo a este modelo, **los desórdenes emocionales** se desarrollan y mantienen al seguir procesamientos emocionales y estrategias de regulación emocional ineficaces, que provocan un malestar significativo debido a su intensidad y a su mantenimiento en el

tiempo. Tienen como consecuencia la intensificación y sostenimiento del estado emocional inicial, la aparición de nuevas emociones asociadas de carácter negativo, una complicación en la puesta en marcha de estrategias de regulación eficaces compensatorias, así como el impedimento en que se desconfirman las creencias desadaptativas impuestas por nuestros esquemas cognitivos negativos (Estevez, Ramos y Salguero, 2015).

d. Descripción protocolo transdiagnóstico desórdenes emocionales

El Protocolo Unificado (PU) de Barlow para los TE es un tratamiento transdiagnóstico desarrollado para poder ser aplicado en los diferentes desórdenes emocionales. La intervención basada en el MT de los TE ha recibido apoyo empírico tanto en revisiones sistemáticas como en metaanálisis recientes que examinan la efectividad del protocolo transdiagnóstico para los TE frente al modelo de intervención cognitivo-conductual tradicional. Se ha demostrado que la intervención transdiagnóstica tiene una eficacia similar al tratamiento cognitivo-conductual específico para cada trastorno en la reducción de sintomatología ansioso-depresiva en los análisis pre y post tratamiento. Sin embargo, cabe destacar que dicha mejoría clínica se genera a menor coste, por lo que se recomienda su uso en lugar de protocolos diferenciados para distintos trastornos. También cabe destacar un aumento considerable en la calidad de vida de los pacientes, y que los resultados son prometedores tanto en formato individual como grupal, así como en niños, adolescentes y adultos, y resultando más eficiente para los clínicos tanto su formación como su aplicación (Barlow, Farchione, Bullis, Gallagher, Murray-Latin, y cols., 2017; Bullis y cols., 2015; García-Escalera y cols., 2016; McEvoy y cols., 2009; McManus y cols., 2010; Newby y cols., 2015; Norton & Philipp, 2008; Reinholt & Krogh, 2014; Ewing y cols., 2015).

En cuanto a su formato, se trata de una intervención generalmente breve, de entre 12 y 18 sesiones (normalmente se extiende más en intervenciones individuales que grupales) con una duración que oscila entre los 90 y 150 minutos por sesión y que suele aplicarse 1 vez por semana (Barlow, 2011; Estevez, Ramos y Salguero, 2015). Son básicas al PU de Barlow las nociones del tratamiento cognitivo-conductual y la forma en que las personas con TE experimentan y responden ante sus emociones, enfatizando el papel de **la regulación emocional**, es decir, las estrategias a las que las personas acceden para influir o modificar las experiencias emocionales que experimentan, que pueden ir dirigidas a

mantener, aumentar o suprimir un determinado estado emocional. La intervención no se centra en la respuesta emocional en sí, sino, en cómo los individuos manejan y regulan sus emociones. Estos mecanismos no solo cambian el comportamiento o la experiencia emocional, sino que también producen cambios en las funciones cerebrales. (Barlow, 2011; García-Escalera, Valienta, Reales y Sandín, 2016; Estevez, Ramos y Salguero, 2015).

Los tres componentes de la emoción (pensamiento, emoción y conducta) son principales en el PU de Barlow, y su estructura consiste en cinco módulos principales dirigidos hacia la regulación y procesamiento de experiencias emocionales, precedidos por un módulo centrado en la mejora de la motivación, la disposición para el cambio y el compromiso con el tratamiento, así como un módulo introductorio para explicar a los pacientes la naturaleza de las emociones y proporcionar un marco para la comprensión de sus experiencias emocionales. Contiene también un último módulo consistente en revisar el progreso en el tratamiento y desarrollo de estrategias de prevención de recaídas. A continuación, se describen los módulos en la **Tabla 1**. (Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione y Barlow, 2010; Barlow, 2011; García-Escalera, Valienta, Reales y Sandín, 2016).

Tabla 1: Módulos Protocolo Unificado de los Trastornos Emocionales de Barlow, adaptada de Barlow, 2011; y Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione y Barlow, 2010.

MÓDULO	DESCRIPCIÓN
1. Motivación y compromiso tratamiento	Incremento de la predisposición y motivación para el cambio de conducta, valorándose pros y contras entre permanecer como está y el cambio. Se clarifican metas y objetivos del tratamiento.
2. Seguimiento y registro de experiencia emocional	Psicoeducación de la naturaleza adaptativa de las emociones y sus componentes (pensamientos, sensaciones físicas y conductas). Se enseña a los pacientes a tomar mayor conciencia de sus patrones de respuesta emocional y de los factores de mantenimiento (introducción del concepto de conductas impulsadas por la emoción difíciles de resistir) mediante el registro de su experiencia emocional.
3. Entrenamiento en conciencia emocional	Se centra en que los pacientes aprendan cómo afrontar y experimentar una emoción de manera más adaptativa. No se trata de eliminar las emociones negativas, sino, de llevar las emociones a un nivel funcional de modo que incluso las emociones incómodas puedan ser útiles y adaptativas. Enseña

	a identificar cómo el paciente reacciona y responde a sus emociones y practica una postura no juiciosa y centrada en el presente de su experiencia emocional. Trabaja habilidades de mindfulness.
4. Flexibilidad cognitiva: Evaluación y reevaluación cognitiva	Se enseña a considerar la función de las evaluaciones automáticas en nuestra experiencia emocional y se hace hincapié en la flexibilidad cognitiva como estrategia de regulación emocional adaptativa, en vez de en la reinterpretación más adaptativa o en el reemplazo de los pensamientos negativos. Importancia de la interacción cognición-conducta-sensación física.
5. Evitación emocional y conductas dirigidas por la emoción	Se centra en el componente comportamental de la experiencia emocional. Trata de identificar y modificar tendencias de acción desadaptativas o conductas impulsadas por la emoción. Identifica patrones de evitación emocional y conductas desadaptativas dirigidas por emociones. Comprender cómo estas conductas mantienen el malestar y cambiar los modelos de respuesta a las emociones
6. Conciencia y tolerancia de sensaciones físicas	Se centra en aumentar la conciencia y la tolerancia a las sensaciones físicas de la experiencia emocional a través de la exposición interoceptiva. Estos ejercicios están diseñados para evocar sensaciones físicas análogas a las que normalmente se asocian con la ansiedad y el estrés, para aumentar la conciencia de las sensaciones físicas como componente básico de las experiencias emocionales y aumentar la tolerancia a estas sensaciones. De esta forma, identifican la forma en que estas sensaciones somáticas pueden influir en los pensamientos y conductas y entender cómo los pensamientos y conductas intensifican estas sensaciones.
7. Exposición a emociones basadas en claves situacionales/ interoceptivas	Psicoeducación sobre las sensaciones físicas y la respuesta emocional Exposición a claves contextuales externas e internas para incrementar tolerancia y permitir nuevos aprendizajes. Es importante que el paciente realice los ejercicios en varias ocasiones tanto en la sesión como en su contexto natural. A través de la práctica repetida, la ansiedad sobre los síntomas físicos disminuye.
8. Mantenimiento y prevención de recaídas	Revisión y formas de mantener los cambios realizados durante el tratamiento. Autoevaluación de las habilidades entrenadas y comparación de su estado actual con cómo recuerda haberse sentido al principio del tratamiento. Anticipación de dificultades futuras. Establecer objetivos a largo plazo y los pasos necesarios para alcanzarlos.

3. OBJETIVOS

En conclusión, tras la eficacia que ha demostrado la aplicación de intervenciones de tipo transdiagnóstico en el ámbito de los TE, y atendiendo a las necesidades específicas encontradas en el ámbito de la Salud Mental Pública se ha realizado una adaptación del Protocolo de Barlow previamente descrito hacia un formato grupal. Se han respetado sus módulos, pero se han adaptado bajo una estructura temporal intrasesión diferente, extendiendo o reduciendo en el tiempo y contenido algunos de los módulos propuestos, como se describe a continuación en el apartado metodológico.

Por tanto, los objetivos que se plantean en el presente ensayo son:

1. Comprobar la eficacia de la intervención transdiagnóstica adaptada del Protocolo de Barlow para los desórdenes emocionales.
2. Comprobar adaptabilidad dicho protocolo en los contextos públicos
3. Validar la aplicación de Barlow en formato grupal

MÉTODO

1. DISEÑO

Se trata de un diseño sin grupo control con medidas pre-post con un grupo de 19 pacientes, en los que se aplica una intervención transdiagnóstica grupal basada en el protocolo de Barlow para los desórdenes emocionales.

2. PARTICIPANTES

El estudio consta de 19 participantes, todos ellos en seguimiento por la Unidad de Salud Mental Comunitaria del Hospital Reina Sofía de Córdoba. Tres de ellos comenzaron el grupo con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad, dos con Trastorno de Ansiedad Generalizada, tres de Agorafobia con Trastorno de pánico, dos con diagnóstico de Fobia específica, uno de ellos también padecía Trastorno Obsesivo Compulsivo además de otro paciente, otros cuatro venían con diagnóstico de un episodio depresivo de distinta gravedad (leve-moderado o grave), uno con distimia y tres personas con un diagnóstico mixto ansioso-depresivo. Algunos de ellos tenían prescripción de fármacos ansiolíticos y antidepresivos durante la intervención.

3. INSTRUMENTOS

Las siguientes pruebas fueron utilizadas como medidas de evaluación pre y post tratamiento:

- * **SCL-90-R (Symptom Check List):** Este inventario pretende evaluar patrones de síntomas presentes en individuos. Se evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias: **Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo;** y tres índices globales de malestar psicológico: **Índice global de severidad (IGS):** indicador del nivel actual de la severidad del malestar; **Total de síntomas positivos (TSP):** Valora indicadores de intento consciente de mostrarse mejor de lo que realmente se está. (imagen positiva); y el **Índice malestar sintomático positivo (IMSP):** pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda los 90 ítems en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de la administración del inventario. Es un inventario autoadministrado y se puede administrar de forma colectiva o individual. Se solicita que señale en qué medida cada problema le ha preocupado o molestado utilizando una escala tipo Likert de cinco opciones: nada: 0, muy poco: 1, poco: 2, bastante: 3, mucho: 4. (Derogatis, 1994).

- * **Índice de Calidad de vida: WHOQOL-BREF:** Es un cuestionario autoadministrado que proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona. Consta de 26 ítems y produce un perfil de 4 dimensiones: Salud física, Salud psicológica, Relaciones sociales y Ambiente. Cuanto mayor sea es la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada. (Lucas, 1998; World Health Organization, 2004).

- * **IDER (Inventario de Depresión Estado/ Rasgo):** El IDER es un inventario muy breve (20 elementos) que puede aplicarse de forma individual o colectiva, destinado a evaluar por una parte el **grado de afectación (Estado)** y por otra la **frecuencia de ocurrencia (Rasgo)** que el sujeto muestra en relación con los componentes afectivos de la depresión. Además, los elementos de la prueba están

construidos para apreciar tanto la presencia de depresión (**Distimia**) como la ausencia de ésta (**Eutimia**). (Spielberger, Buela-Casal y Agudelo, 2008).

- * **STAI (Escala de Ansiedad Estado/ Rasgo):** Evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés. **La ansiedad como estado** evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo; **y la ansiedad como rasgo**, señala la propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. Se puede administrar de forma individual o colectiva. El inventario se compone de 40 ítems, 20 ítems para la escala de ansiedad-estado y otros 20 para la escala de ansiedad rasgo. Se puntúa mediante una escala Likert de 0 a 3, teniendo en cuenta que 0 es nada, 1 es algo, 2 es bastante y 3 es mucho (Spielberger, 1983).

4. PROCEDIMIENTO

Los diecinueve participantes fueron seleccionados para participar en este estudio derivados por las diferentes Unidades de Salud Mental Comunitaria de la provincia de Córdoba, por tener un perfil con posibilidad de beneficio mediante intervención grupal transdiagnóstica. Se realizó en la Unidad de Psicoterapia del Hospital Los Morales, (Córdoba), dirigido por un terapeuta y un coterapeuta PIR con supervisión de tutores referentes. Los criterios de inclusión para los pacientes fueron tener una edad comprendida entre los 18 y 60 años, con un diagnóstico de Trastorno emocional (pánico con/sin agorafobia, Trastorno adaptativo, Trastorno ansioso depresivo, Diagnóstico de Episodio Depresivo, Diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada), tener un Coeficiente Intelectual superior a 85, tener Disponibilidad para acudir en horario de tarde al Hospital los Morales, tener compromiso para involucrarse en el grupo terapéutico, que la presente intervención fuese compatible con el tratamiento farmacológico y que los pacientes previa inclusión al grupo fueran valorados a través de entrevista clínica individual con el objetivo de confirmar la pertinencia de su incorporación al programa. Entre los criterios de exclusión, destacaron tener cualquier otro diagnóstico mental no incluido en los criterios de inclusión (Trastornos de la personalidad, esquizofrenia, trastorno bipolar, TCA, demencia, etc.), tener una conducta suicida activa, consumir sustancias o tener una enfermedad orgánica que pudiera interferir con la intervención,

tener un funcionamiento intelectual límite, o permanecer durante la duración del grupo en sesiones de terapia psicológica individual o grupal

Los participantes recibieron 17 sesiones entre los meses de febrero a junio de 2015, con una sesión a la semana de 1 hora y media de duración. Antes de comenzar la intervención, se realizó una evaluación pre-tratamiento, y al finalizar las 17 sesiones, se realizó la misma evaluación. Se siguieron en el protocolo de intervención los módulos principales del Protocolo Unificado de Barlow, con la inclusión de algunas modificaciones, indicadas en el protocolo en la **Tabla 3**. El esquema general de procedimiento del estudio se muestra en la **Figura 4**.

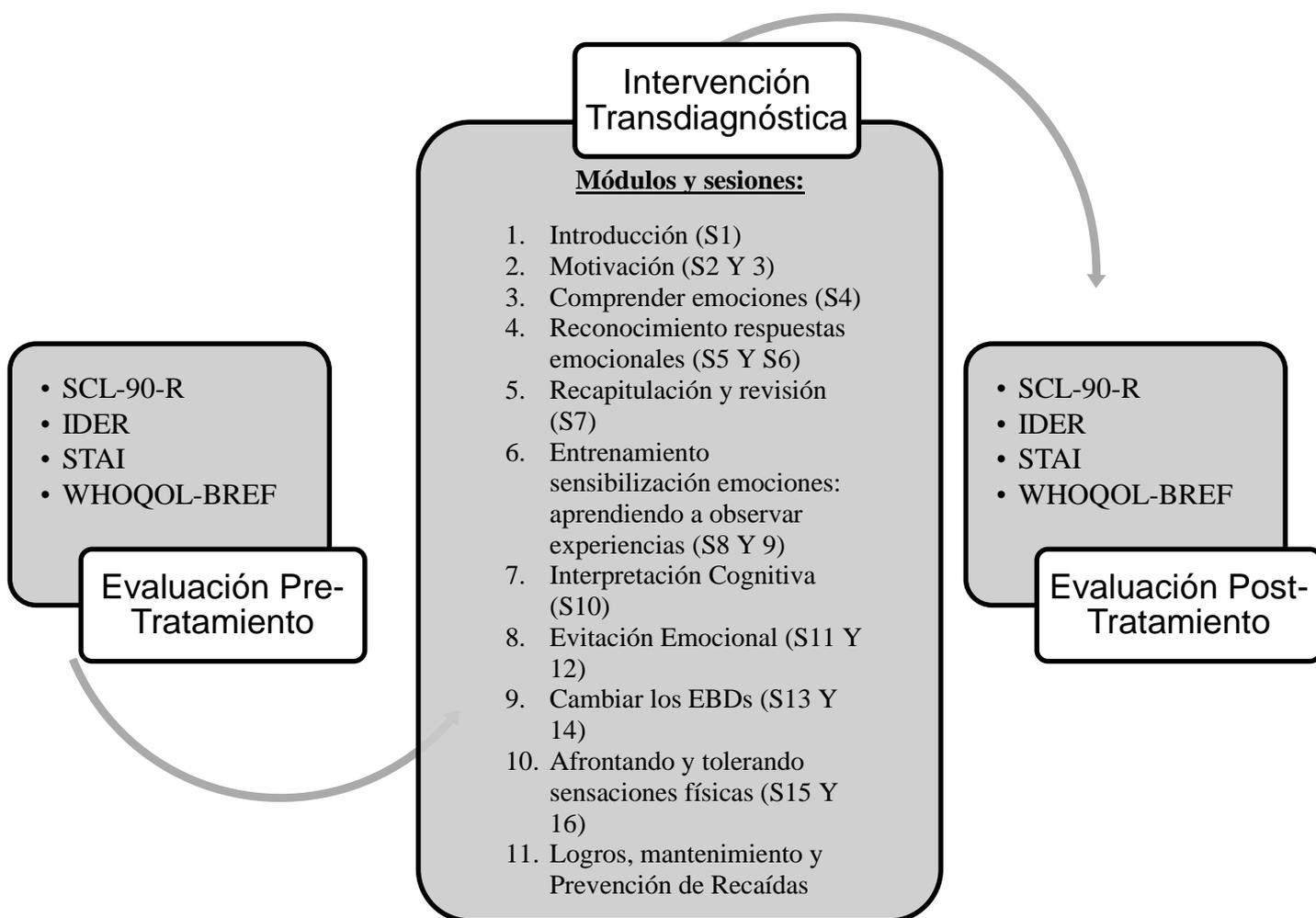


Figura 4. Esquema procedimiento general.

a. Descripción del contenido de las sesiones y adaptaciones

Al igual que en el Protocolo Unificado de Barlow, cada paciente recibió su cuaderno de ejercicios, con nociones básicas de lo explicado en cada módulo, ejercicios correspondientes y un test de autoevaluación. En cada sesión se comenzó con un breve resumen de los contenidos de la última sesión y con la revisión de los ejercicios indicados, seguido por la presentación del nuevo contenido y nuevos ejercicios propuestos. La siguiente *Tabla 2* consiste en una representación de la adaptación de la estructura temporal de los módulos y sesiones realizada entre los módulos del Protocolo de Barlow y del Protocolo que presentamos.

Tabla 2: Adaptaciones estructurales entre el Protocolo de Barlow y el Protocolo Adaptado del HUR

Protocolo de Barlow			Protocolo Adaptado HUR		
S.	M.	Descripción	S.	M.	Descripción
1	1	Mejorar motivación y compromiso tratamiento	1	1	Introducción
			2	1	Motivación y compromiso
			3	1	Motivación y compromiso
1-2	2	Entender las emociones	4	2	Comprendiendo las emociones
		Reconocimiento y análisis de la respuesta emocional	5 y 6		Reconocimiento y supervisión de las respuestas emocionales
	-	-	7	-	Revisión y recapitulación
1-2	3	Entrenamiento en conciencia emocional, aprendiendo a observar las experiencias	8	3	Entrenamiento sensibilización emociones: mindfulness
			9		Entrenamiento sensibilización emociones: aprendiendo a observar experiencias
1-2	4	La evaluación y reevaluación cognitiva	10	4	Interpretación cognitiva
1-2	5a 5b	Evitación emocional	11 y 12	5a 5b	Evitación emocional
		Conductas impulsadas por la emoción	13 y 14		Cambiar las Conductas Impulsadas por la Emoción (EDBs)
1	6	Conciencia y tolerancia a las sensaciones físicas	15 y 16	6 y 7	Afrontando las sensaciones físicas, tolerando, practicando
4-6		Exposición emocional interoceptiva y situacional			
1	8	Logros, mantenimiento y prevención de recaídas	17	8	Logros, mantenimiento y prevención de recaídas

Nota: S= Sesiones; M= Módulos.; HUR= Hospital Universitario Reina Sofía.

Por tanto, aunque bajo una estructura temporal ajustada a las demandas detectadas en la Unidad de Salud Mental Comunitaria del Hospital Reina Sofía de Córdoba y al perfil terapéutico de la psicóloga que realizó la intervención, el contenido de los módulos propuestos por Barlow (2011) se respetó. La mayoría de módulos tuvieron un número de sesiones comprendido entre las indicadas por Barlow, a excepción del primer módulo de “*Motivación y compromiso*”, al que Barlow atribuye una única sesión, y en el protocolo adaptado concedemos 3 sesiones para generar una adecuada adhesión y cohesión al tratamiento; al módulo de “*Evitación emocional y conductas impulsadas por la emoción*”, en el que se realizaron cuatro sesiones, otorgándole una mayor profundidad; y a los módulos de “*Conciencia y tolerancia a las sensaciones físicas*” (1 sesión en el protocolo de Barlow (2011) y “*exposición emocional interoceptiva y situacional*” (entre 4 y 6 sesiones en el protocolo de Barlow (2011), que se fusionaron en un único módulo en nuestro protocolo “*Afrontando sensaciones físicas, tolerando y practicando*” de dos sesiones de duración, focalizándose el protocolo más en general sobre las dimensiones cognitivas y emocionales asociadas a las fisiológicas que a las fisiológicas en sí mismas.

También cabe destacar la introducción de una sesión añadida al módulo de “*Entrenamiento sensibilización emociones: aprendiendo a observar experiencias*”, en el que se explican en detalle conceptos a cerca de la práctica de mindfulness (aunque ya se venían practicando durante todas las sesiones ejercicios de atención plena de forma subyacente y añadida), continuando después su práctica de forma inicial en todos los módulos de intervención. En la sesión 7, se introduce una sesión de “*Revisión y recapitulación*”, realizando un recorrido sobre los módulos previamente trabajados, para asentar la base y poder continuar y construir adecuadamente los módulos a siguientes.

Se utilizó como estrategia transversal a los diferentes módulos el uso de metáforas clínicas para clarificar los contenidos expuestos y acercar al paciente hacia su problemática, permitiéndole llegar a sus propias conclusiones sin tener que ser explícitamente dirigido por el terapeuta.

En la siguiente **Tabla 3** se describen las sesiones llevadas a cabo en cada módulo, con la descripción del contenido, las estrategias empleadas y ejercicios realizados.

Tabal 3: PROTOCOLO INTERVENCIÓN TRANSDIAGNÓSTICA GRUPAL (Con modificaciones respecto al Protocolo Unificado de Barlow incluidas)

MÓDULO	DESCRIPCIÓN												
<p><i>Sesión 1</i></p> <p>INTRODUCCIÓN</p>	<p><u>Descripción sesión</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación. • Ejercicio de “parar”: 5 min. En silencio y con los ojos cerrados. Escribir después emociones, pensamientos, experiencia. • Metáfora de la excursión para encuadre: control y guía • Debate Plegaria: “Que Dios me conceda serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, el valor para cambiar las que sí puedo, y la sabiduría para aprender la diferencia”). • Explicar tareas: Explorar costes y beneficios del cambio: hoja de equilibrio decisional y hoja de establecimiento de objetivos. • Ejercicio de relajación guiada. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Registro para el establecimiento de objetivos</p> <p>Mi objetivo número 1 de tratamiento es: _____</p> <p>Concretando: ¿Cómo sería alcanzar este objetivo? ¿Qué cosas harías o no harías?</p> <p>Establecer los pasos necesarios: deben poder alcanzarse en unos días o un mes.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: left; padding: 2px;">Hoja de balance decisional</th> </tr> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 35%; text-align: center;">Pros/beneficios</th> <th style="width: 35%; text-align: center;">Contras/costes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;">Cambio</td> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">No cambio</td> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </tbody> </table> </div>	Hoja de balance decisional				Pros/beneficios	Contras/costes	Cambio			No cambio		
Hoja de balance decisional													
	Pros/beneficios	Contras/costes											
Cambio													
No cambio													
<p><i>Sesión 2 y 3</i></p> <p>MOTIVACIÓN Y COMPROMISO</p>	<p><u>Descripción sesión</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Relajación/ Atención plena • Trabajar sobre las tareas: balance decisional. • Metáfora del hombre en el hoyo – Desesperanza Creativa 												

	<ul style="list-style-type: none"> Tareas: completar establecimiento de metas por áreas (Registro de áreas) <table border="1" data-bbox="533 331 1326 775"> <thead> <tr> <th>Áreas</th> <th>Valor (0-1)</th> <th>Situación actual</th> <th>Situación ideal</th> <th>Metas concretas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Familia</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pareja</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Trabajo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ocio</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Espiritual/ Humanitario</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Áreas	Valor (0-1)	Situación actual	Situación ideal	Metas concretas	Familia					Pareja					Trabajo					Ocio					Espiritual/ Humanitario				
Áreas	Valor (0-1)	Situación actual	Situación ideal	Metas concretas																											
Familia																															
Pareja																															
Trabajo																															
Ocio																															
Espiritual/ Humanitario																															
<p><i>Sesión 4</i></p> <p>COMPRENDIENDO LAS EMOCIONES</p>	<p><u>Descripción sesión</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Relajación/ Atención plena Comprobar tarea realizada Naturaleza adaptativa y funcional de las emociones Los tres componentes de las emociones Comportamientos guiados por las emociones Tarea: Registro de los tres componentes de alguna situación emocional <table border="1" data-bbox="497 1227 1359 1375"> <thead> <tr> <th>Sensaciones Físicas (Qué siento)</th> <th>Pensamientos (Qué pienso)</th> <th>Conductas (Qué hago)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Sensaciones Físicas (Qué siento)	Pensamientos (Qué pienso)	Conductas (Qué hago)																											
Sensaciones Físicas (Qué siento)	Pensamientos (Qué pienso)	Conductas (Qué hago)																													
<p><i>Sesiones 5 y 6</i></p> <p>RECONOCIMIENTO Y SUPERVISIÓN DE LAS RESPUESTAS EMOCIONALES</p>	<p><u>Descripción sesión</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Relajación/ Atención plena Revisión de las tareas Introducción a ARC de las experiencias emocionales: A: Antecedentes; R: 3 componentes; C: Consecuencias (C y L) Comportamientos aprendidos (mantenimiento de los problemas) Metáfora del autobús Tarea: Registro ABC <table border="1" data-bbox="507 1890 1342 2002"> <thead> <tr> <th>Fecha y hora</th> <th>Situación Antecedente</th> <th>Pensamientos</th> <th>Sentimientos</th> <th>Conductas</th> <th>Consecuencias</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Fecha y hora	Situación Antecedente	Pensamientos	Sentimientos	Conductas	Consecuencias																								
Fecha y hora	Situación Antecedente	Pensamientos	Sentimientos	Conductas	Consecuencias																										

<p><i>Sesión 7</i></p> <p>RECAPITULACIÓN Y REVISIÓN</p>	<p><u>Descripción sesión</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Relajación/ Atención plena • Revisión de tareas • Resumen de sesiones previas • Revisión en base a metáfora del autobús • Introducción de siguientes sesiones 																							
<p><i>Sesión 8</i></p> <p>ENTRENAMIENTO SENSIBILIZACIÓN EMOCIONES: APRENDIENDO A OBSERVAR EXPERIENCIAS/ <u>MINDFULNESS</u></p>	<p><u>Descripción sesión</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de relajación • Video explicativo sobre mindfulness • Ejercicio de mindfulness de Vicente Simon para trabajar las emociones: identificación/ defusión/ aceptación • Ejercicio de Meditación con el mismo objetivo • Orientación sobre como practicar en casa • Tareas: práctica de relajación y mindfulness 																							
<p><i>Sesión 9</i></p> <p>ENTRENAMIENTO PARA LA SENSIBILIZACIÓN DE LAS EMOCIONES: APRENDIENDO A OBSERVAR EXPERIENCIAS</p>	<p><u>Descripción sesión</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de relajación • Revisión de tareas • Defusión • Tomar conciencia de las reacciones secundarias a interpretaciones/ evaluaciones/ juicios. • Utilización de ejercicio de silencio de la primera sesión • Ejercicio de mindfulness • Ejercicio experiencial de atención plena • Tarea: atención plena en actividades cotidianas 	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Ejercicio defusión</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>Estoy teniendo el pensamiento de----</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Pensamientos musicales</td> </tr> <tr> <td></td> <td>La mente es una gran cuentahistorias, ponle un nombre.</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>FUSIÓN COGNITIVA</th> <th>DE-FUSIÓN COGNITIVA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pensamiento = Realidad</td> <td>Pensamientos = Palabras, lenguaje</td> </tr> <tr> <td>Pensamiento = Verdad</td> <td>Pueden ser ciertos o no</td> </tr> <tr> <td>Pensamientos = Importantes</td> <td>Pueden ser importantes o no</td> </tr> <tr> <td>Pensamiento = Órdenes</td> <td>No son órdenes</td> </tr> <tr> <td>Pensamientos = Amenazas</td> <td>Nunca son amenazas, peligrosos</td> </tr> <tr> <td>Pensamientos= Sabios</td> <td>Pueden ser sabios o no</td> </tr> </tbody> </table>	Ejercicio defusión			Estoy teniendo el pensamiento de----		Pensamientos musicales		La mente es una gran cuentahistorias, ponle un nombre.	FUSIÓN COGNITIVA	DE-FUSIÓN COGNITIVA	Pensamiento = Realidad	Pensamientos = Palabras, lenguaje	Pensamiento = Verdad	Pueden ser ciertos o no	Pensamientos = Importantes	Pueden ser importantes o no	Pensamiento = Órdenes	No son órdenes	Pensamientos = Amenazas	Nunca son amenazas, peligrosos	Pensamientos= Sabios	Pueden ser sabios o no
Ejercicio defusión																								
	Estoy teniendo el pensamiento de----																							
	Pensamientos musicales																							
	La mente es una gran cuentahistorias, ponle un nombre.																							
FUSIÓN COGNITIVA	DE-FUSIÓN COGNITIVA																							
Pensamiento = Realidad	Pensamientos = Palabras, lenguaje																							
Pensamiento = Verdad	Pueden ser ciertos o no																							
Pensamientos = Importantes	Pueden ser importantes o no																							
Pensamiento = Órdenes	No son órdenes																							
Pensamientos = Amenazas	Nunca son amenazas, peligrosos																							
Pensamientos= Sabios	Pueden ser sabios o no																							

<p><i>Sesión 10</i></p> <p>INTERPRETACIÓN COGNITIVA</p>	<p><u>Descripción sesión</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Relajación/ Atención plena • Revisión de tareas • Identificar interpretaciones cognitivas y su influencia en las emociones; y cómo las emociones influyen en las evaluaciones cognitivas • Trampas del pensamiento aumentar la flexibilidad: <ol style="list-style-type: none"> 1. Detectar la sobreestimación de probabilidades 2. Descatastrofizar • Ejercicio de figura <u>ambigua</u> → • Tarea: técnica de flecha descendente <div style="text-align: right;">  </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">TÉCNICA FLECHA ASCENDENTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pensamiento automático: _____</td> </tr> <tr> <td>De ser verdad, ¿Qué significaría para mí? ¿Qué ocurriría si fuese cierto y qué sucedería después?</td> </tr> <tr> <td>Pensamiento que subyace al anterior: _____</td> </tr> <tr> <td>De ser verdad, ¿Qué significaría para mí? ¿Qué ocurriría si fuese cierto y qué sucedería después?</td> </tr> <tr> <td>Pensamiento que subyace al anterior: _____</td> </tr> <tr> <td>...</td> </tr> </tbody> </table>	TÉCNICA FLECHA ASCENDENTE	Pensamiento automático: _____	De ser verdad, ¿Qué significaría para mí? ¿Qué ocurriría si fuese cierto y qué sucedería después?	Pensamiento que subyace al anterior: _____	De ser verdad, ¿Qué significaría para mí? ¿Qué ocurriría si fuese cierto y qué sucedería después?	Pensamiento que subyace al anterior: _____	...
TÉCNICA FLECHA ASCENDENTE								
Pensamiento automático: _____								
De ser verdad, ¿Qué significaría para mí? ¿Qué ocurriría si fuese cierto y qué sucedería después?								
Pensamiento que subyace al anterior: _____								
De ser verdad, ¿Qué significaría para mí? ¿Qué ocurriría si fuese cierto y qué sucedería después?								
Pensamiento que subyace al anterior: _____								
...								
<p><i>Sesión 11 y 12</i></p> <p>EVITACIÓN EMOCIONAL</p>	<p><u>Descripción sesión</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Relajación/ Atención plena • Revisión de tareas • Concepto de Evitación Experiencial • Tipos de EE: <ol style="list-style-type: none"> 1. Evitaciones sutiles 2. Evitación cognitiva 3. Signos de seguridad • Metáfora del jardín • Tareas: Listado de conductas de evitación <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Conductas evitación sutil</th> <th style="width: 33%;">Evitación Cognitiva</th> <th style="width: 33%;">Signos de seguridad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mantener manos bolsillos en sitios públicos ...</td> <td>Decirme a mí mismo que estoy limpio ...</td> <td>Llevar desinfectante de manos ...</td> </tr> </tbody> </table>	Conductas evitación sutil	Evitación Cognitiva	Signos de seguridad	Mantener manos bolsillos en sitios públicos ...	Decirme a mí mismo que estoy limpio ...	Llevar desinfectante de manos ...	
Conductas evitación sutil	Evitación Cognitiva	Signos de seguridad						
Mantener manos bolsillos en sitios públicos ...	Decirme a mí mismo que estoy limpio ...	Llevar desinfectante de manos ...						

<p><i>Sesiones 13 y 14</i></p> <p>CAMBIAR LOS EDBs (Comportamientos emocionalmente dirigidos)</p>	<p><u>Descripción sesión</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Relajación/ Atención plena Revisión de tareas Función de mantenimiento de las emociones Cambiar funcionalidad Conductas alternativas Tareas: Autoregistro de cambios en EE y EDBs <table border="1" data-bbox="587 577 1273 949"> <thead> <tr> <th>Situación / Desencadenante</th> <th>Emoción</th> <th>EDB</th> <th>Nueva respuesta (Incompatible)</th> <th>Consecuencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Situación / Desencadenante	Emoción	EDB	Nueva respuesta (Incompatible)	Consecuencia										
Situación / Desencadenante	Emoción	EDB	Nueva respuesta (Incompatible)	Consecuencia												
<p><i>Sesiones 15 y 16</i></p> <p>AFRONTANDO LAS SENSACIONES FÍSICAS, TOLERANDO, PRACTICANDO</p>	<p><u>Descripción sesión:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> En imaginación y en la vida diaria, afrontar las situaciones que crean emociones fuertes y poner en práctica lo aprendido: <ol style="list-style-type: none"> Atención plena Reestructuración cognitiva Contrarrestar Evitación y EDBs Afrontar sensaciones físicas Tareas: ejercicios de afrontamiento/ autoregistros 															
<p><i>Sesión 17</i></p> <p>LOGROS, MANTENIMIENTO Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de los conceptos y habilidades principales para afrontar las emociones entrenadas durante el tratamiento. Evaluar el progreso del tratamiento y áreas de mejora. Establecer objetivos a corto y largo plazo para el mantenimiento de los logros del tratamiento y para el progreso continuo 															

5. Análisis de datos

Diseño experimental

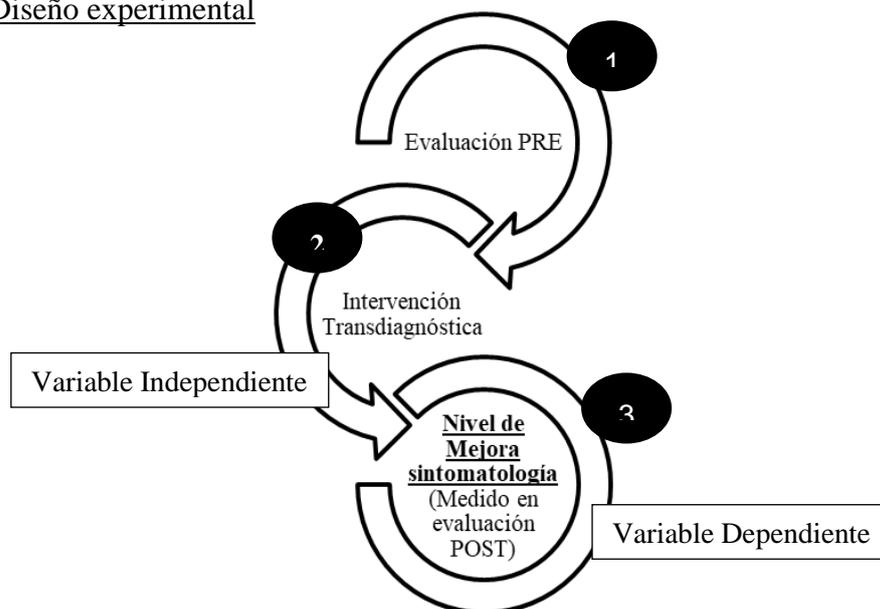


Figura 5 Esquema diseño experimental del Estudio

Análisis estadístico

Se empleó el programa estadístico SPSS Statistics 22.0 para llevar a cabo los análisis pertinentes para valorar las diferencias existentes entre las evaluaciones pre y post-tratamiento. Se utilizaron estadísticos descriptivos para analizar la muestra del grupo, y seguidamente se compararon las medidas empleadas de evaluación pre y post tratamiento mediante la prueba estadística no paramétrica de Wilcoxon (debido al tamaño muestral y del cumplimiento de supuestos de normalidad (prueba Kolmogorov-Smirnov) y homocedasticidad (prueba de Levene)) para comprobar si existían mejoras significativas tras el tratamiento, señalando tanto los resultados que han obtenido diferencias significativas ($p < 0.05$), como los tamaños del efecto complementarios (Cliff's delta).

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

Los 19 participantes del estudio, 14 mujeres y 5 hombres tienen un rango de edad comprendido entre los 18 y los 55 años ($M=33.37$; $SD=12.24$). Cinco de ellos presentaban un diagnóstico de Episodio Depresivo, diez de trastorno de tipología ansiógena y cuatro un diagnóstico comórbido ansioso-depresivo. Respecto al tratamiento farmacológico,

nueve de ellos tenían prescrito un tratamiento conjunto ansiolítico y antidepresivo, otros nueve no tenían ningún tratamiento y solamente una persona tenía prescrito un tratamiento farmacológico únicamente antidepresivo. Por tanto, desde el comienzo de la intervención el 52,7% estaba recibiendo tratamiento farmacológico, condición que se mantuvo constante.

Tabla 4. Tabla de Estadísticos descriptivos y Frecuencias de Edad, Sexo, Diagnóstico y Tratamiento farmacológico

		Edad			
N	Mín.	Máx.	M	SD	
19	18	55	33,42	12,285	
		Frecuencia	%		
Sexo	Hombre	5	26,3		
	Mujer	14	73,7		
Diagnóstico	Depresión	5	26,3		
	Ansiedad	10	52,6		
	Depresión + Ansiedad	4	21,1		
Tratamiento farmacológico	Antidepresivo	1	5,3		
	Ansiolítico	0	0		
	Antidepresivo + Ansiolítico	9	47,4		
	Ninguno	9	47,4		

Resultados cuali-cuantitativos

Como se observa en la *Tabla 5*, la escala SCL-90-R ha reportado resultados estadísticamente significativos en casi todas sus medidas, destacando la reducción significativa ansioso-depresiva y fóbica, así como el descenso en el Índice global de severidad y en el número de síntomas. No obstante, aunque también se redujeron las puntuaciones en el “Índice de malestar sintomático positivo”, la diferencia no resultó significativa. Lo mismo ocurre en el ítem de “Sensibilidad Interpersonal”, en donde a pesar de que se produce un descenso en sintomatología, continúan expresando sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a las opiniones y a las actitudes ajenas. De forma similar, tampoco se observa una disminución significativa en el ítem de “Ideación Paranoide”, cuestión en la que tampoco ahonda el protocolo.

En referencia a la Escala WHOQOL-BREF, cabe destacar un aumento significativo en calidad de vida total y especialmente relacionado a la salud psicológica.

No obstante, aunque el resto de las medidas aumentaron (Relaciones interpersonales, Entorno y Salud física) no fue de forma significativa, al no encontrarse directamente relacionadas con la intervención en cuestión.

Tabla 5. Diferencia de Medias (pre – post) mediante el Test de Wilcoxon (n =19) y tamaño del efecto.

Escala	Subescalas	Pre	Post	Pre-post	Tamaño efecto
		Media (DT)	Media (DT)	Z	Cliff's Delta
SCL-90-R	Somatizaciones	1.78 (0)	1.25 (1.05)	-2.840*	0.65
	Obsesiones y compulsiones	1.86 (1.01)	1.38 (1.09)	-2.499*	0.57
	Sensibilidad interpersonal	1.67 (1.16)	1.22 (1.09)	-1.765	0.40
	Depresión	2.18 (0.93)	1.48 (1.11)	-2.697*	0.62
	Ansiedad	2.11 (1.14)	1.39 (1.22)	-2.616*	0.60
	Hostilidad	1.26 (1.15)	0.74 (1.03)	-2.060*	0.47
	Ansiedad fóbica	1.69 (1.36)	1.07 (0.97)	-2.155*	0.49
	Ideación paranoide	1.39 (1.13)	1.05 (0.97)	-1.792	0.41
	Psicoticismo	1.24 (1.03)	0.82 (0.80)	-2.393*	0.55
	Índice global de severidad	1.79 (0.91)	1.20 (0.93)	-2.817*	0.65
	Total síntomas positivos	59.42 (20.54)	46.37 (24.09)	-2.859*	0.66
	Índice malestar sintomático	2.53 (0.74)	2.00 (0.78)	-1.891	0.43
WHOQOL-	Salud física	22.74 (4.60)	24.21 (7.19)	-1.209	0.28
BREF	Salud Psicológica	15.74 (4.02)	19.11 (6.62)	-2.509*	0.58
	Relaciones interpersonales	8.95 (2.97)	10.53 (3.82)	-1.840	0.42
	Entorno	25.47 (3.54)	26.63 (4.59)	-1.395	0.32
	Total	78.42 (14.46)	86.79 (21.78)	-1.965*	0.45
STAI	Estado	31.37 (14.20)	21.84 (14.86)	-2.579*	0.59
	Rasgo	37.37 (10.38)	26.47 (12.61)	-3.087*	0.71
IDER	Estado	25.84 (7.16)	20.68 (8.47)	-2.479*	0.57
	Rasgo	26.47 (5.91)	22 (8.05)	-2.278*	0.52

* $p < 0.05$; DT: Desviación típica. Cliff's delta valores estimados de la magnitud del efecto: hasta 0.15 pequeño; a partir de 0.33 mediano; a partir de 0.47 grande (Macbeth, Razumiejczyk y Ledesma, 2011).

En cuanto al grado de afectación y frecuencia de ocurrencia de episodios depresivos evaluado por el Inventario IDER, se observa una reducción significativa, así como en el nivel de ansiedad y la propensión hacia ésta evaluadas por el STAI, concordando con los resultados evaluados en el SCL-90-R relacionados con la depresión y la ansiedad.

Los pacientes que concluyeron el tratamiento refirieron en la evaluación post-tratamiento sentirse satisfechos con el programa de intervención y con las condiciones en que fue aplicado.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio han resultado concordantes con los esperados en comparación a la aplicación del protocolo original de Barlow (2011), con reducciones significativas en la sintomatología diana, en este caso ansioso-depresiva, abordando tanto el trastorno principal como el comórbido, así como una mejoría significativa en la calidad de vida percibida por los participantes tras el tratamiento y en otros parámetros transversales. En estudios de planteamiento similar (Grill, Castañeiras, y Fasciglione, 2017; Castellano, Osma, Crespo y Fermoselle, 2015) se obtuvieron resultados análogos, en los que todos los participantes evolucionaron también de forma favorable respecto a su estado inicial, aunque no todas las medidas resultaran significativas, igual que en nuestro estudio.

En cuanto a las medidas que no han resultado significativas en nuestro estudio, cabe destacar los ítems de “sensibilidad interpersonal” del SCL-90-R y de “relaciones interpersonales” del WHOQOL-BREF, que, a pesar de que los resultados indican que se han reducido los sentimientos de timidez, vergüenza e inseguridad en el ámbito social entre la evaluación pre y post-tratamiento, no ha sido de manera significativa. Parece indicar que, aunque el protocolo se ha llevado a cabo de manera grupal, y se ha trabajado de forma exhaustiva y efectiva las habilidades de control emocional y cognitivo (que pueden influir de forma transversal en el desarrollo de habilidades sociales), el hecho de no haber incidido de forma directa ni en la interrelación ni en el desarrollo de habilidades de afrontamiento en el plano social, no ha traído consigo cambios significativos. Quizá un énfasis mayor en torno al entrenamiento en habilidades sociales podría revocar de una forma más efectiva esta sintomatología de inhibición en relaciones interpersonales, y podría resultar enriquecedor para el alcance del protocolo. Del mismo modo, aunque también se redujeron las puntuaciones en el “Índice de malestar sintomático positivo”, la diferencia no resultó significativa. Tal como se explicó con anterioridad en la metodología, este índice pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona evaluada tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan. Dada la población clínica de nuestro estudio (representativa de la población clínica de las Unidades de Salud Mental Pública), no extraña que sigan manteniendo la queja de forma instaurada, aunque objetivamente sí reconozcan un descenso en su sintomatología, reflejado en el resto de los ítems.

Los resultados del ensayo también han satisfecho el objetivo de demostrar su utilidad y eficiencia en el Sistema de Salud Mental Pública, resultando una herramienta de bajo coste y alta efectividad y eficiencia, permitiendo la optimización de los recursos disponibles de las Unidades de Salud Mental Pública. Igualmente, su facilidad en cuanto a difusión y formación terapéutica puede permitir una mayor amplitud en cuanto a capacidad asistencial, con la consecuente reducción en listas de espera que conllevan el riesgo de cronificación de algunos trastornos.

La buena respuesta obtenida en cuanto a la reducción sintomatológica comórbida sirve para avanzar y afianzar la teorización de la concepción transdiagnóstica, recalcando nuevamente las limitaciones a las que se enfrentan las intervenciones basadas en los sistemas categoriales.

Limitaciones y líneas futuras

Aunque la aplicación del Protocolo ha resultado favorable en cuanto a los objetivos previamente establecidos, los resultados obtenidos deben ser interpretados en el contexto de las limitaciones que presenta el estudio respecto al tamaño de la muestra y el diseño de ensayo sin grupo control. En futuros estudios relacionados debería aumentarse el tamaño muestral y realizarse un diseño experimental con grupo control y aleatorización.

En cuanto al análisis, podría resultar interesante examinar si se obtienen diferencias significativas pre-post entre diferentes grupos diagnósticos dentro del mismo grupo de intervención transdiagnóstica (Trastornos ansiógenos vs. Trastornos Depresivos vs. Trastornos mixtos ansioso-depresivos) y/o si el consumo y tipo de psicofármaco durante la intervención otorga diferencias. También resultaría interesante realizar seguimientos a corto y largo plazo, para determinar la estabilización tras el tratamiento realizado y en comparación a intervenciones de tipo tradicional, como demuestran diversos estudios como el de Farchione y cols., (2012) o Bullis y cols., (2015).

Otro aspecto que sería de gran interés abordar en futuras investigaciones radica en torno a la aplicación del protocolo en diferentes edades. En diversos estudios, entre los que destaca el de García-Escalera y cols. (2016), se afirman los efectos positivos y significativos en reducción ansioso-depresiva en niños, adolescentes y adultos. Sin embargo, no hay estudios que realicen una adaptación en adultos mayores y envejecimiento, sector de gran importancia dado el envejecimiento progresivo de la

población y la alta probabilidad de desarrollo de trastornos neuropsiquiátricos, entre los que destacan la depresión y la ansiedad. El abordaje grupal de esta sintomatología en este grupo de edad podría ser altamente beneficioso y neuroprotector frente al desarrollo de otras enfermedades asociadas a las que se presenta una mayor vulnerabilidad (OMS, 2016).

CONCLUSIONES

Para finalizar, después de la revisión llevada a cabo a través de diferentes estudios que se aproximan a los beneficios y limitaciones encontradas tras la aplicación del Protocolo Transdiagnóstico, adaptado a distintas poblaciones y en diferentes formatos, se observa una unanimidad en cuanto a los resultados de alta eficacia obtenidos. Las adaptaciones realizadas en nuestro Protocolo siguen la misma línea, habiendo obtenido mejorías clínicas significativas entre el pre y post-tratamiento en los síntomas ansioso-depresivos de mayor interés, además de en otras dimensiones colaterales. Además, la eficacia en el entorno grupal en el que se aplicó el Protocolo ofrece una posible nueva perspectiva de intervención a las Unidades de Salud Mental Públicas, en las que se podrá conseguir de una forma más económica e igual de favorable sus objetivos de intervención, con un alto alcance poblacional, evitando cronificaciones de trastornos que se producen de forma previa a la posibilidad de intervención.

Tras lo analizado en el presente estudio, resultaría beneficioso que futuras líneas de investigación fueran dirigidas a seguir realizando estudios en este campo, aumentando el tamaño muestral y optimizando el diseño de investigación, así como ampliando los elementos de análisis (diferencias intragrupo atendiendo a diferentes diagnósticos o al tratamiento con psicofármacos durante la intervención transdiagnóstica). También sería enriquecedor seguir investigando en cuanto a la estabilización a largo plazo tras el tratamiento transdiagnóstico, para poder adelantarnos a posibles recaídas. Podrían también realizarse nuevas adaptaciones en el contenido del Protocolo, añadiendo formación y adquisición de estrategias de habilidades sociales; y en cuanto a los grupos poblacionales, resultaría beneficioso reforzar estudios en niños, adolescentes y adultos y generar nuevas investigaciones en cuanto a adultos mayores y envejecimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barlow, D. H (1988): Anxiety and its disorders. *The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford Press.
- Barlow, D. H (2011). Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnostico de los trastornos emocionales. Alianza editorial.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J.R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher H. T., Cassiello-Robbins, C. (2017) The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 74(9):875-884.
- Boisseau, C. L., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., & Barlow, D. H. (2010). The development of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 102-113.
- 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.
- Bullis, J. R., Fortune, M. R., Farchione, T. J., & 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(8), 1920-1927.
- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification*, 39(2), 295-321.
- Castellano Badenas, C., Osma López, J. J., Crespo Delgado, E., & Fermoselle Esclapez, E. (2015). Adaptación grupal del Protocolo Unificado para el Tratamiento de los Trastornos Emocionales.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of abnormal psychology*, 100(3), 316.
- Derogatis, L. (1994). SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual. Minneapolis: National Computer System.

- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*(1), 88-101.
- Estevez, A. Ramos, J. Salguero, J. (2015) Tratamiento transdiagnostico de los desordenes emocionales. Madrid. Sintesis.
- Ewing, D. L., Monsen, J. J., Thompson, E. J., Cartwright-Hatton, S., & Field, A. (2015). A meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapy in the treatment of child and young person anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 43*(5), 562-577.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., ... & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy, 43*(3), 666-678.
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., & Sandín, B. (2016). 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*(3).
- Gray, J. A. y McNaughton, N. (2000): *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septohippocampal system* (2.^a ed.). Oxford: Oxford, University Press.
- Grill, S. S., Castañeiras, C., & Fasciglione, M. P. (2017). Aplicación grupal del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en población argentina. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 22*(3).
- Lucas R. Versión española del WHOQOL. Madrid: Ediciones Ergon. 1998
- Macbeth, G., Razumiejczyk, E. & Ledesma, R. D. (2011). Cliff's Delta Calculator: A non-parametric effect size program for two groups of observations. *Universitas Psychologica, 10*, 545-555
- McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 23*(1), 20-33.
- McManus, F., Shafran, R., & Cooper, Z. (2010). What does a 'transdiagnostic' approach have to offer the treatment of anxiety disorders?. *British Journal of Clinical Psychology, 49*(4), 491-505.
- Moriana, J. A., Gálvez-Lara, M., & Corpas, J. (2017). Psychological treatments for mental disorders in adults: A review of the evidence of leading international organizations. *Clinical Psychology Review.*

- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 40, 91-110.
- Norton, P. J., & Philipp, L. M. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 214-226
- Reinholt, N., & 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(3), 171-184.
- Sandín, B. (2012). Transdiagnóstico y psicología clínica: introducción al número monográfico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 181-184.
- Spielberger, C. D. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (form Y)(" selfevaluation questionnaire").
- Spielberger, C. D., Buéla-Casal, G. & Agudelo, D. (2008). Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER). Madrid: TEA Ediciones.
- Tortella-Feliu, M., Vázquez, C., Valiente, C., Quero, S., Soler, J., Montorio, I., Jiménez-Murcia, S., Hervás, G., García-Palacios, A., García-Campayo, J., Fernández-Aranda, F., Botella, C., Barrantes, N., & Baños, R.M. (2016). Retos en el desarrollo de intervenciones psicológicas y la práctica asistencial en salud mental. *Clínica y Salud*, 27(2), 65-71.
- World Health Organization. (2004). The world health organization quality of life (c)-BREF.
- World Health Organization. (2016). La salud mental y los adultos mayores.