

Jorge J. Osma López (coord.)

Aplicaciones del Protocolo Unificado para el tratamiento de la disregulación emocional

Alianza Editorial

Reservados todos los derechos. El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeren, plagiaren, distribuyeren o comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la preceptiva autorización.

© Jorge J. Osma López, 2019

© de las ilustraciones: Belén García de Mateos Montalvo, 2019

Alianza Editorial, S. A., Madrid, 2019

Calle Juan Ignacio Luca de Tena, 15; 28027 Madrid

ISBN: 978-84-9181-726-0

Depósito legal: M. 25.220-2019

Printed in Spain

SI QUIERE RECIBIR INFORMACIÓN PERIÓDICA SOBRE LAS NOVEDADES DE ALIANZA EDITORIAL,
ENVÍE UN CORREO ELECTRÓNICO A LA DIRECCIÓN:

alianzaeditorial@anaya.es

Índice

Prólogo, por <i>David H. Barlow</i>	13
1. El Protocolo Unificado: justificación de una aproximación transdiagnóstica y apoyo empírico. <i>Shannon Sauer-Zavala y Todd J. Farchione</i>	19
1. Introducción	19
2. Limitaciones del sistema de clasificación categorial de los trastornos mentales..	20
3. El cambio hacia una aproximación funcional para entender los trastornos emocionales	21
3.1 Los trastornos emocionales se caracterizan por las reacciones aversivas ante las experiencias emocionales.....	22
3.2 Manifestaciones clínicas	23
3.3 Los trastornos emocionales se caracterizan por un afrontamiento evitativo	24
4. El Protocolo Unificado.....	26
4.1 Apoyo empírico del Protocolo Unificado	28
5. Conclusiones.....	30
2. Evaluación transdiagnóstica y formulación de caso en los trastornos emocionales desde la perspectiva del Protocolo Unificado. <i>Anthony J. Rosellini, Jorge Osma y Timothy A. Brown</i>	31
1. Introducción	31
2. Operativizando las dimensiones transdiagnósticas de los trastornos emocionales de los manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales.....	32
3. Dimensiones transdiagnósticas con evidencia empírica	32

4.	Evaluación transdiagnóstica general de los trastornos emocionales	35
5.	Adaptando entrevistas semiestructuradas para la evaluación transdiagnóstica...	35
6.	La taxonomía jerárquica en psicopatología (HiTOP).....	37
7.	Aproximación descriptiva basada en perfiles para la clasificación de los trastornos emocionales	38
8.	El Inventario Multidimensional de los Trastornos Emocionales (MEDI)	39
9.	Recomendaciones prácticas para la evaluación transdiagnóstica	40
10.	Evaluación a través del MEDI y formulación de un caso en el contexto del Protocolo Unificado	41
11.	Resumen y conclusiones	47
3.	Formatos de aplicación del Protocolo Unificado. <i>Adriana Mira Pastor, Laura Camacho Guerrero, Juana María Bretón López y Jorge Osma</i>	49
1.	Introducción	49
2.	Aplicación del Protocolo Unificado en formato individual	50
2.1.	Variables destacadas y necesarias a tener en consideración en la aplicación del Protocolo Unificado en formato individual	51
2.2.	Ventajas a contemplar durante la aplicación del Protocolo Unificado en formato individual	53
2.3.	Estructura de las sesiones en la Aplicación del Protocolo Unificado en formato individual	54
2.4.	Principales resultados de eficacia obtenidos de la aplicación de Protocolo Unificado en formato individual	55
3.	Aplicación del Protocolo Unificado en formato grupal	57
3.1.	Objetivos generales de la terapia grupal	57
3.2.	¿Para qué personas está indicada la terapia grupal? ¿Es eficaz? ¿Qué la hace terapéutica?	58
3.3.	¿Qué necesita tener el terapeuta que aplica el Protocolo Unificado en grupo?.....	59
3.4.	¿Cómo debe ser el lugar donde se aplica el Protocolo Unificado en grupo?.....	61
3.5.	Adaptación grupal del Protocolo Unificado	62
3.6.	Consejos para la aplicación grupal del Protocolo Unificado	62
4.	Aplicación del Protocolo Unificado en formato online.....	68
4.1.	Programas de tratamiento autoaplicados a través de internet	68
4.2.	Aspectos importantes para tener en consideración en los programas de intervención online	68
4.3.	Aplicación del PU en formato online.....	70
4.3.1.	Aspectos importantes en el inicio de un programa de intervención online	71
4.3.2.	Características de los módulos online.....	71
4.3.3.	Herramientas transversales de apoyo y <i>feedback</i> automático a lo largo del programa online.....	72
4.4.	Recomendaciones para que el paciente se beneficie al máximo de los contenidos del programa.....	73

4. Aplicaciones del Protocolo Unificado en formato individual.....	75
4.1 <i>Aplicación del Protocolo Unificado en un caso de depresión perinatal.</i> Elena Crespo Delgado, Verónica Martínez Borba y Jorge Osma	77
1. Introducción	77
2. Tratamientos.....	79
3. Descripción del caso	82
3.1 Evaluación.....	83
3.2 Diagnóstico y formulación del caso desde el Protocolo Unificado	83
4. Adaptación del Protocolo Unificado al caso.....	85
5. Resultados.....	93
6. Conclusiones.....	94
4.2 <i>Aplicación del Protocolo Unificado en un caso de depresión mayor con rasgos de personalidad esquizoides y depresivos.</i> Jorge Osma y Óscar Peris Baquero..	97
1. Introducción	97
2. Participante	99
3. ¿Por qué tratar la depresión y los problemas de ansiedad con el mismo tratamiento?	99
4. Formulación del caso	101
4. Tratamiento módulo a módulo	102
5. Resultados.....	111
6. Conclusiones.....	112
4.3 <i>Aplicación del Protocolo Unificado en un caso de esquizofrenia resistente al tratamiento.</i> Eva María Grasa Bello e Iluminada Corripio	115
1. Introducción	115
2. Participante	116
3. ¿Por qué tratar la ERT y los trastornos emocionales con el mismo tratamiento?	118
4. Formulación del caso	119
5. Tratamiento módulo a módulo.....	121
6. Resultados.....	133
7. Conclusiones.....	136
4.4 <i>Protocolo Unificado aplicado a un caso de dependencia emocional.</i> Vega González-Bueso, Juan José Santamaría y Elena Montero	139
1. Introducción	139
1.1 Definición y prevalencia del trastorno de dependencia emocional	140
1.2 Dependencia emocional y comorbilidad	141
2. ¿Por qué la propuesta de abordar el trastorno por dependencia emocional con el Protocolo Unificado?.....	142
3. Caso clínico	143
4. Tratamiento modulo a módulo.....	144
6. Resultados.....	157
7. Conclusiones.....	158

4.5 <i>Aplicación del Protocolo Unificado en un caso de trastorno de pánico y agorafobia: uso de una aplicación móvil para la evaluación ecológica momentánea durante la exposición situacional.</i> Diana V. Castilla López, Ignacio Miralles Tena y Juana María Bretón López.....	163
1. Introducción	163
2. Método	167
2.1 Participante	167
2.2 Terapeuta	168
2.3 Medidas	169
2.4 Formulación del caso	170
2.5 Tratamiento y componente de EIV.....	170
2.6 Descripción de la EMA: Aplicación Monitor Emocional	172
2.7 Procedimiento	174
3. Resultados	174
3.1 Conductas objetivo	174
3.2 Aplicación Monitor Emocional	174
3.3 Usabilidad del componente de EIV+EMA.....	177
3.4 Satisfacción en relación con el componente de EIV+EMA.....	177
4. Conclusiones.....	179
4.6 <i>El Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes.</i> Vanesa Mora Ringle, Niza Tonarely y Jill Ehrenreich-May	183
1. Introducción	183
2. Trastornos emocionales durante la adolescencia	183
3. La teoría transdiagnóstica y el desarrollo en la adolescencia	184
4. El Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes (PU-A)	185
5. Investigaciones del PU-A	185
6. Los módulos del PU-A.....	186
7. Resumen	191
8. Aplicación del PU-A en un caso de ansiedad social y depresión	192
9. Conclusión	198
5. Aplicaciones del Protocolo Unificado en formato grupal	201
5.1 <i>Eficacia del Protocolo Unificado en formato grupal para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en unidades de salud mental públicas españolas.</i> Jorge Osma, Carlos Suso-Ribera y Óscar Peris Baquero	203
1. Introducción: la necesidad de un cambio de paradigma en la atención psicológica del paciente con trastorno emocional.....	203
2. Evidencia del tratamiento de los trastornos emocionales mediante el abordaje transdiagnóstico del Protocolo Unificado en formato grupal en contextos públicos de salud.....	205
3. Protocolo Unificado en formato grupal en el sistema español de salud pública: un ensayo clínico controlado aleatorizado multicéntrico	207
3.1 Objetivo e hipótesis	208

3.2 Participantes	208
3.3 Instrumentos.....	212
3.4 Procedimiento	212
3.5 Resultados del estudio.....	213
4. Discusión de resultados	217
5. Conclusión	218
5.2 <i>Aplicación grupal del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales con comorbilidad con trastornos por uso de sustancias.</i> Natalia Landa González, Jorge Osma y Óscar Peris Baquero ...	221
1. Introducción	221
2. El proceso de formación del grupo de terapia	224
3. Adaptaciones del Protocolo Unificado para realizar la intervención de forma grupal y para incluir los aspectos específicos del trastorno por uso de sustancias.....	225
4. Otras recomendaciones a tener en cuenta	238
5. Conclusiones.....	239
5.3 <i>Aplicación del Protocolo Unificado en el Equipo Específico de Intervención con Infancia y Adolescencia (EEIA): estudio piloto en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y de pareja.</i> Vanesa Ferreres Galán, M. ^a Carmen Meseguer Valero, Silvia Ariza Albinana, Alba Quilez Orden y Jorge Osma ..	241
1. Introducción	241
2. Descripción de la muestra del estudio	244
3. El estudio piloto	247
4. Adaptaciones del Protocolo Unificado	248
5. Descripción de algunos casos y resultados obtenidos	250
5. Resultados grupales	254
6. Conclusiones.....	255
5.4 <i>Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales en niños y niñas.</i> Estefany Saez-Clarke, Rebecca Grossman y Jill Ehrenreich-May	257
1. Introducción	257
2. La teoría transdiagnóstica en la infancia y el Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales en niños y niñas.....	257
3. El Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en niños y niñas (PU-N)	259
3.1 Investigaciones del PU-N.....	260
3.2 Los módulos del PU-N.....	261
4. Resumen	274
5.5 <i>El Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico en adolescentes (PU-A) adaptado y evaluado para prevenir la ansiedad y la depresión.</i> Julia García Escalera, Paloma Chorot, Rosa M. Valiente y Bonifacio Sandín	275
1. Introducción	275
2. El Protocolo Unificado para adolescentes adaptado como una intervención de prevención universal.....	276

3. Participantes	277
4. Instrumentos de evaluación.....	278
5. Intervención.....	278
6. Resultados	289
7. Conclusiones.....	292
6. Aplicación del Protocolo Unificado en formato online.....	295
6.1 <i>Protocolo de tratamiento transdiagnóstico online para los trastornos emocionales.</i> Cristina Botella Arbona, Azucena García Palacios, Amanda Díaz García, Alberto González Robles y Diana V. Castilla López	297
1. Introducción	297
2. El programa de intervención: «Protocolo Transversal Online»	300
2.1 Componentes terapéuticos del programa	301
2.2 Módulos del programa	303
3. El protocolo de evaluación.....	310
4. Descripción de la plataforma.....	312
4.1 Plataforma web del paciente.....	313
4.2 Plataforma web del terapeuta	315
5. Conclusiones.....	317
7. Protocolo Unificado: líneas futuras y nuevos retos. <i>Jorge Osma y Shannon Sauer-Zavala</i>	319
1. Introducción	319
2. Protocolo Unificado y la personalización de los tratamientos	320
3. Disseminación del Protocolo Unificado	322
3.1 Entrenamiento/Formación.....	322
3.2 Traducción a otras lenguas.....	324
3.3 Adaptaciones del Protocolo Unificado en diferentes formatos y contextos	324
4. Otras aplicaciones.....	328
4.1 Otros trastornos mentales	328
4.2 Aplicación del Protocolo Unificado en problemas de salud	330
4.3 Adaptación del Protocolo Unificado para la prevención de conductas de riesgo	330
5. Nuevos estudios sobre la eficacia, coste-efectividad y eficiencia del Protocolo Unificado	331
6. Conclusiones.....	332
Bibliografía y referencias	335
Sobre los autores del presente volumen	377
Agradecimientos.....	381

Prólogo

Estudios epidemiológicos indican que los trastornos emocionales (TE) (Bullis, Boettcher, Sauer-Zavala y Barlow, 2019), que incluyen trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y relacionados, son los trastornos mentales más prevalentes (Baxter, Scott, Vos y Whiteford, 2013; Hidaka, 2012; World Health Organization, 2017). Con el objetivo de tratar estos trastornos tan prevalentes, debilitantes y que generan un elevado coste, se han dedicado grandes esfuerzos para, en primer lugar, demostrar la eficacia de las intervenciones psicológicas, especialmente la terapia cognitivo-conductual (TCC). Guiados por las categorías del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)* por sus siglas en inglés) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), se han desarrollado numerosos manuales de tratamiento para abordar los distintos síndromes ansiosos, depresivos y relacionados. Como resultado, los terapeutas han tenido que entrenarse para saber aplicar diferentes manuales, guías y protocolos para cada uno de los trastornos emocionales existentes. Este hecho, además de ser muy costoso económicamente, también requiere una cantidad importante de tiempo y esfuerzo. Además, como los protocolos suelen ser algo complejos, la diseminación de los tratamientos se ha convertido en un obstáculo (Barlow, Levitt y Bufka, 1999). Por tanto, a menos que estos tratamientos sean más «sencillos de manejar» y coste-efectivos, es poco probable que muchos terapeutas tengan una compren-

sión suficiente de, o acceso a, estas intervenciones basadas en la evidencia para los TE.

Un avance reciente para el tratamiento de los TE incluye el desarrollo de tratamientos transdiagnósticos, como el *Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales* (PU) (Barlow, Farchione *et al.*, 2018; Barlow, Sauer-Zavala *et al.*, 2018), el cual ha demostrado su eficacia en el abordaje de un amplio rango de TE (Barlow *et al.*, 2017). El PU se basa en los principios de la TCC para personas diagnosticadas con trastornos de ansiedad, depresión o TE relacionados y se nutre de los hallazgos más recientes en la ciencia cognitiva y emocional (p. ej., Barlow, 2002; Bouton, Mineka y Barlow, 2001; Gross, 2014; Hofmann, Ellard y Siegle, 2012).

Desarrollo del Protocolo Unificado (PU)

El desarrollo del PU tuvo su origen en un libro publicado en 1988 (Barlow, 1988; Kennedy y Barlow, 2017) y específicamente en un capítulo titulado «The Process of Fear and Anxiety Reduction: Affective Therapy (El proceso del miedo y reducción de la ansiedad: terapia afectiva)». En este capítulo hice un intento de describir una aproximación terapéutica basada en la teoría de las emociones que fuese coherente y consistente para el amplio rango de TE. Entre los objetivos transdiagnósticos de cambio propuestos en ese capítulo se mencionaban las «tendencias hacia la acción» de las emociones desadaptativas, fenómeno conocido en la actualidad como «conductas impulsadas por las emociones». Otros objetivos principales propuestos en ese capítulo incluían la sensación generalizada de incontrolabilidad de los eventos vitales importantes y el estrechamiento generalizado de la atención hacia las interpretaciones negativas, con una focalización atencional intensa hacia los esquemas afectivos internos de autovaloración, que actualmente, sabemos, forman parte de la dimensión temperamental conocida como *neuroticismo*.

Estas ideas quedaron apartadas durante al menos una década mientras nos centramos en desarrollar y evaluar, a través de amplios ensayos clínicos, los tratamientos para diagnósticos específicos como el tratamiento del trastorno de pánico y la agorafobia (p. ej., Barlow, Gorman, Shear y Woods, 2000), pero revivieron de nuevo en 2004 con el artículo publicado «Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders» (Hacia un tratamiento único para los trastornos emocionales) (Barlow, Allen y Choate, 2004). En aquel momento, como mencionamos anteriormente,

reconociendo la gran variedad de manuales de tratamiento desarrollados para cada trastorno específico de ansiedad, del estado de ánimo y otros trastornos relacionados, reflejados en las categorías del *DSM-IV*, volvimos al enfoque original de 1988 en un intento de identificar el conjunto de principios comunes para el cambio aplicables a todos los TE. Esto llevó a su vez a poner un mayor foco sobre el temperamento, concretamente en el neuroticismo, compartido por todos los trastornos, y también en otros temperamentos relacionados como el afecto positivo, así como en el inicio de las conceptualizaciones para tratar estos temperamentos directamente, en lugar de centrarse en los constructos diagnósticos de orden inferior. El protocolo que finalmente surgió consiste en cinco procesos terapéuticos centrales que pueden ser aplicados transdiagnósticamente a todos los TE.

El desarrollo del protocolo se basó en la evidencia empírica desde distintas áreas de investigación que sugerían que los TE, como los de ansiedad, estado de ánimo, trauma y relacionados, pueden compartir dimensiones subyacentes más nucleares que los actuales criterios diagnósticos, lo que ha derivado en el reciente artículo titulado «What is an Emotional Disorder?» (¿Qué es un trastorno emocional?) (Bullis, Boettcher, Sauer-Zavala, Farchione y Barlow, 2019). Estas dimensiones compartidas se manifiestan en altos niveles de comorbilidad entre los TE, la mejora clínica de los diagnósticos comórbidos —a pesar de abordar en el tratamiento un único trastorno— y también en la existencia de estructuras y alteraciones cerebrales similares en individuos con trastornos de ansiedad y depresión (Etkin y Wager, 2007; Holmes *et al.*, 2012).

Resultados posteriores apoyan la existencia de un temperamento de orden superior, llamado neuroticismo, compartido por todos los TE. El neuroticismo se caracteriza por una tendencia a experimentar, con frecuencia, un intenso afecto negativo acompañado por una sensación de pérdida de control e incapacidad para afrontar la experiencia emocional negativa (Barlow, Sauer-Zavala, Carl, Bullis y Ellard, 2014). De hecho, las personas con TE a menudo experimentan niveles elevados de afecto negativo y tienen mayor probabilidad de sentirse estresados como resultado de ello. Esto puede derivar, por desgracia, en un ciclo de intentos para evitar estas emociones negativas, lo cual, paradójicamente, hace que se experimenten tales emociones negativas con mayor frecuencia, intensidad y malestar (Sauer-Zavala, Wilner y Barlow, 2017). La evitación y la supresión de emociones indeseables como consecuencia de la percepción de incapacidad para manejar las experiencias negativas es el mecanismo principal para el desarrollo y mantenimiento de un TE y es reflejo del neuroticismo. El foco del PU, por tanto, es el tratamiento de esta característica temperamental.

Eficacia del PU en condiciones controladas

Un ensayo clínico completado recientemente comparó el PU con Protocolos Específicos para cada Diagnóstico (PED) para el tratamiento de los trastornos de ansiedad (Barlow *et al.*, 2017). Este estudio aleatorizó a un total de 223 pacientes con trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada o ansiedad social a la condición PU ($n = 88$), PED ($n = 91$) o a una lista de espera ($n = 44$). Los pacientes recibieron hasta un total de 16 sesiones grupales del PU o de PED y fueron evaluados antes de empezar el tratamiento, al acabar este y a los 6 meses tras finalizar la intervención (medida de seguimiento). Los resultados mostraron que los pacientes en la condición de PU fueron más propensos a completar el tratamiento que los de la condición PED, reflejando un menor abandono (*odds ratio* = 3,11, 95% CI, 1,44-6,74). Ambos, PU y PED, mostraron una eficacia superior en comparación con la condición de lista de espera al acabar el tratamiento (tamaño del efecto d de Cohen's de $-0,93$ y $-1,08$, respectivamente), lo que indica que ambos tratamientos son más eficaces que la ausencia de este. Además, ambos tratamientos (PU y PED) fueron igual de eficaces para reducir la gravedad clínica inicial de los pacientes tanto tras el tratamiento como en el seguimiento 6 meses después. Estos resultados son coherentes con los estudios de meta-análisis de otros ensayos preliminares que indicaban tamaños del efecto medios del PU para el manejo de TE (Erickson, 2003; Erickson, Janeck y Tallman, 2007; Garcia, 2004; McEvoy y Nathan, 2007; Norton y Hope, 2005).

Es importante destacar que, a pesar de que tradicionalmente se ha argumentado que el PU sería particularmente eficaz para trastornos de ansiedad, pero menos efectivo para problemas de depresión, el estudio de Barlow y colaboradores (2017) demostró que, en un porcentaje de la muestra ($n = 31$) que también cumplía criterios de trastorno depresivo mayor, el PU no solo reducía significativamente los síntomas ansiosos (tamaño del efecto d de Cohen's de $-0,90$), sino también los síntomas depresivos (tamaño del efecto d de Cohen's de $-0,67$). Además, esos beneficios se mantuvieron a los 6 meses después de completar el tratamiento. Los tamaños del efecto entre condiciones demostraron que el PU fue superior a la lista de espera tanto en la reducción de los síntomas de ansiedad (tamaño del efecto d de $-0,71$) como de la depresión (tamaño del efecto d de $-0,6$). En comparación con el PED, las diferencias tras el tratamiento fueron pequeñas y no significativas tanto para los síntomas ansiosos (tamaño del efecto d de $0,01$) como para los depresivos (tamaño del efecto d de $-0,06$), lo que sugiere que el uso de manuales específicos no aporta bene-

ficios superiores a los de un abordaje transdiagnóstico, siendo este último más coste-efectivo por reducir los costes de entrenamiento a terapeutas y al permitir realizar grupos de terapia con pacientes que presenten trastornos tradicionalmente considerados distintos pero que se englobarían dentro de los considerados TE.

El PU ha sido adaptado para su aplicación a una gran variedad de trastornos, incluidos algunos de los que se exponen por primera vez aquí. Los capítulos de este libro también detallan una variedad de formatos de intervención, entre ellos el individual, el grupal e incluso programas autoaplicados a través de internet. La premisa principal para el desarrollo de este tratamiento transdiagnóstico es hacer más sencilla la vida de los terapeutas, quienes están en la primera línea de la intervención, trabajando con los pacientes que presentan una gran variedad de TE como el trastorno de ansiedad social, la depresión o el trastorno de pánico. Muchos de estos terapeutas, hasta ahora, han utilizado distintos protocolos basados en la evidencia para cada uno de los diagnósticos específicos, muchos de ellos considerablemente distintos los unos de los otros. Sin embargo, la gran cantidad de protocolos disponibles genera una menor posibilidad de aplicarlos adecuadamente. Gracias a la experiencia de los terapeutas expertos en aplicar los mecanismos centrales transdiagnósticos del PU, existe cada vez una mayor evidencia de que un abordaje unificado de los TE es posible.

Esperamos sinceramente que los y las terapeutas de habla castellana en todo el mundo, quienes se encuentran a diario con pacientes con problemas emocionales que a menudo no pueden encajar en ninguna categoría diagnóstica del DSM, encontrarán de utilidad para su práctica clínica diaria las descripciones y adaptaciones de los distintos estudios de caso presentados en este excelente libro. A medida que se acumulan más experiencias con el PU, se desarrollará una mayor variedad de aplicaciones de este abordaje terapéutico. Estaremos encantados de oír las experiencias de los terapeutas con este protocolo según se vayan desarrollando.

David H. Barlow

1. El Protocolo Unificado: justificación de una aproximación transdiagnóstica y apoyo empírico

Shannon Sauer-Zavala

Departamento de Psicología, Universidad de Kentucky

Todd J. Farchione

Centro de Ansiedad y Trastornos Relacionados,
Departamento de Psicología y Neurociencias, Universidad de Boston

1. Introducción

El Protocolo Unificado (PU) para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (Barlow *et al.*, 2018a, 2018b) es una intervención cognitivo-conductual desarrollada para tratar explícitamente todo el rango de trastornos de ansiedad, la depresión y los trastornos relacionados. En lugar de tratar los síntomas superficiales, el PU se ocupa de tratar los mecanismos funcionales responsables del desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales (TE). Este capítulo situará al lector, en primer lugar, en el nacimiento del PU en el momento en el que en el ámbito clínico se discutía la mejor manera de comprender y categorizar la psicopatología. En segundo lugar, describiremos específicamente los procesos centrales implicados en los trastornos de ansiedad, la depresión y trastornos relacionados y también haremos un breve resumen de cómo los componentes del PU se relacionan con estos procesos. Por último, realizaremos una revisión sobre la base empírica de la aproximación de tratamiento transdiagnóstica basada en mecanismos compartidos.

2. Limitaciones del sistema de clasificación categorial de los trastornos mentales

El sistema predominante para la clasificación de trastornos mentales ha enfatizado la agrupación de la psicopatología en categorías discretas basadas en las diferencias observadas (Blashfield, Keeley, Flanagan y Miles, 2014), un método representado por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (*DSM*; American Psychiatric Association [APA], 2013) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE; World Health Organization, 2018). La llegada de un sistema de clasificación basado en la evidencia representó un avance enorme con respecto a los métodos anteriores y desencadenó un incremento significativo de la investigación sobre los resultados de los tratamientos (p. ej., Barlow *et al.*, 1984), dado que, por primera vez, los investigadores podían evaluar de una manera fiable la condición diagnóstica a lo largo del tiempo y en respuesta al tratamiento. Paralelamente, los tratamientos psicoterapéuticos (y farmacológicos) fueron aumentando su adaptación con el fin de tratar cada forma específica de psicopatología descrita en los sistemas nosológicos, como resultado se desarrollaron numerosas intervenciones con eficacia demostrada para una variedad de formatos, usos y contextos (Barlow, 2004; Barlow, Gorman, Shear y Woods, 2000).

Aunque los sistemas de clasificación categorial han conseguido un impacto importante en la salud pública debido a su influencia en el desarrollo y evaluación de tratamientos, al mismo tiempo también se han producido consecuencias indeseadas. Por ejemplo, muchos trastornos comparten criterios similares y a menudo se dan a la vez, generando la sospecha de que el aumento de la fiabilidad diagnóstica se ha producido a expensas de la validez; en otras palabras, quizá le hayamos dado excesiva importancia a categorías que son, de hecho, variaciones menores de síndromes subyacentes más amplios (Blashfield *et al.*, 2014; Lilienfeld, 2014). En este sentido, es un hecho conocido que muchos trastornos comparten mecanismos biológicos y psicológicos que contribuyen a su desarrollo y mantenimiento (p. ej., Brown *et al.*, 1998; Brown y Barlow, 2009), lo cual enfatiza la posibilidad de que las categorías actuales *DSM* quizá tengan una validez limitada.

Además, como el desarrollo y evaluación de tratamientos se ha llevado a cabo habitualmente respecto a los trastornos discretos incluidos en el sistema *DSM*, el ámbito clínico ha sido testigo de la proliferación de manuales para intentar dar cobertura al amplio rango de psicopatologías. Esto es problemático por distintas razones. La primera, dado el elevado grado de comorbilidad diagnóstica entre los trastornos del *DSM* (p. ej., Brown, Campbell, Lehman, Grisham y Mancill, 2001), es que resulta complicado que los protocolos generados para diagnósticos específicos ofrezcan una guía de cómo tratar las condiciones comórbidas, las cuales sabemos que son muy frecuentes. De hecho, junto con la limitada mejoría en las condiciones comórbidas, algunos estu-

dios han mostrado que, cuando un trastorno comórbido está presente, los protocolos para diagnósticos específicos consiguen peores resultados en el diagnóstico principal (p. ej., Craske *et al.*, 2007; Gibbons y DeRubeis, 2008). Además, los protocolos de tratamiento para trastornos específicos aumentan sustancialmente el trabajo del terapeuta. Con el objetivo de ofrecer una intervención consistente con las aproximaciones basadas en la evidencia, los terapeutas necesitarán un entrenamiento muy costoso para cada una de las múltiples intervenciones (McHugh, Murray y Barlow, 2009), posiblemente socavando su entusiasmo para utilizarlas.

3. El cambio hacia una aproximación funcional para entender los trastornos emocionales

En un intento de solucionar los límites de las clasificaciones categoriales, algunos investigadores han sugerido un cambio hacia un sistema que incluya elementos dimensionales (Maser *et al.*, 2009). Concretamente, se ha enfatizado la identificación de las características compartidas que pudieran explicar el desarrollo y mantenimiento del amplio rango de psicopatologías (p. ej., Brown y Barlow, 2009). Algunos grupos han propuesto el neuroticismo, la tendencia tipo rasgo a experimentar emociones negativas junto con la percepción de que el mundo es un lugar peligroso/impredecible (Barlow, Sauer-Zavala, Carl, Bullis y Ellard, 2014), como un factor de riesgo importante para los trastornos de ansiedad, la depresión y trastornos relacionados (Lahey, 2009). En este sentido, la evidencia científica sugiere la existencia de una estructura jerárquica en la que el neuroticismo explica una varianza sustancial para el inicio de los trastornos de ansiedad y la depresión y también una gran parte de la covarianza temporal entre las condiciones (Brown, 2007; Clark, 2005; Naragon-Gainey, Gallagher y Brown, 2013). Estos resultados subrayan los altos porcentajes de comorbilidad observados entre los trastornos (Brown, Campbell, Lehman, Grisham y Mancill, 2001; Kessler, Chiu, Demler, Merikangas y Walters, 2005; Merikangas *et al.*, 2003).

Dado el papel que desempeñan las emociones negativas (temperamento neurótico) en el desarrollo de un amplio rango de condiciones mentales, utilizamos el término «trastornos emocionales» (TE) para subrayar las similitudes de estas dimensiones (Bullis, Boettcher, Sauer-Zavala y Barlow, 2019). Por supuesto, no todas las personas que experimentan un alto grado de afecto negativo cumplen criterios diagnósticos de un trastorno de ansiedad o depresión. Para entender mejor cómo estas dificultades se desarrollan, hemos articulado un modelo funcional para los TE que describe el proceso a través del cual el temperamento neurótico evoluciona generando malestar e interferencia asociada con un amplio rango de trastornos DSM (Barlow, Sauer-Zavala *et al.*, 2014; Sauer-Zavala y Barlow, 2014). Específicamente, los trastornos

emocionales son el resultado de la interacción de tres componentes: 1) la tendencia tipo rasgo a experimentar emociones negativas (neuroticismo), 2) las reacciones aversivas hacia esas experiencias emocionales cuando se producen y 3) intentos para suprimirlas o, si no funciona, evitarlas. Aunque las estrategias de evitación son efectivas a corto plazo, existe una gran evidencia que sugiere que la supresión de emociones produce una mayor intensidad y frecuencia de emociones negativas (Wegner, Schneider, Carter y White, 1987), manteniendo los TE a largo plazo (Purdon, 1999).

3.1 Los trastornos emocionales se caracterizan por las reacciones aversivas ante las experiencias emocionales

Existe una importante evidencia que sugiere que los pacientes con TE perciben sus emociones más negativamente que las personas sanas (p. ej., Campbell-Sills *et al.*, 2006). Por ejemplo, en el contexto de los TE se ha encontrado una menor claridad emocional (Baker, Holloway, Thomas, Thomas y Owens, 2004), lo que se ha conceptualizado como una menor disposición a estar en contacto con las emociones y a etiquetarlas con exactitud (Gratz y Roemer, 2004). Además, la percepción de las emociones como incontrolables e intolerables, muy relacionada con el neuroticismo (Barlow, Ellard, Sauer-Zavala, Bullis y Carl, 2014; Barlow, Sauer-Zavala, *et al.*, 2014), se ha identificado en distintos trastornos incluidos la depresión, el trastorno de ansiedad generalizada y la ansiedad social (Boswell, Thompson-Hollands, Farchione y Barlow, 2013).

La naturaleza predominante de las reacciones aversivas ante las experiencias emocionales en el conjunto de los TE nos ha permitido identificar el solapamiento de constructos que, si bien son nombrados de distintas formas, cada uno captura la tendencia a percibir las emociones negativamente. Por ejemplo, la *sensibilidad a la ansiedad* se define como la creencia de que los síntomas físicos asociados con la ansiedad provocarán consecuencias negativas de tipo somático, cognitivo o social (Reiss, 1991), y es distinta a la frecuencia e intensidad de la ansiedad en sí misma (Cox, Borger y Enns, 1999). Este constructo se ha estudiado ampliamente con relación al trastorno de pánico (p. ej., Maller y Reiss, 1992; Plehn y Peterson, 2002), aunque la literatura más reciente sugiere que la sensibilidad a la ansiedad puede ser un factor de riesgo para otros trastornos de ansiedad y la depresión (ver Boswell *et al.*, 2013). Por ejemplo, en investigaciones transversales, la sensibilidad a la ansiedad se ha asociado consistentemente con los síntomas de la mayoría de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, más allá de la contribución del neuroticismo (Collimore, McCabe, Carleton y Asmundson, 2008; Kotov, Watson, Robles y Schmidt, 2007). De manera similar, estudios prospectivos demuestran que este constructo mejora la predicción del inicio de los trastornos de ansiedad y la depresión (Maller y Reiss, 1992; Schmidt, Keough, Timpano y Richey, 2008), más allá de las

contribuciones de la tendencia a experimentar ansiedad (para una revisión, ver McNally, 1996). Asimismo, las reducciones en sensibilidad a la ansiedad durante el tratamiento predicen mejoras en los síntomas (Gallagher *et al.*, 2013).

Otro constructo transdiagnóstico que ejemplifica las reacciones aversivas ante las emociones y ha recibido una atención científica considerable es la *evitación experiencial*, definida como el rechazo a permanecer en contacto con experiencias internas desagradables o molestas (p. ej., pensamientos, emociones, sensaciones, recuerdos, impulsos) (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996). Estudios basados en autorregistros han encontrado que niveles elevados de este constructo están presentes en los trastornos de ansiedad (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006) y en los trastornos depresivos (Berking, Neacsu, Comtois y Linehan, 2009). Además, al igual que en los resultados obtenidos en los estudios sobre la sensibilidad a la ansiedad, la evitación experiencial predice los síntomas de los trastornos de ansiedad más allá de las contribuciones del afecto negativo (Lee *et al.*, 2010), además de mediar en la relación entre el neuroticismo y los síntomas de ansiedad (Maack, Tull y Gratz, 2012; Pickett, Lodis, Parkhill y Orcutt, 2012). De nuevo, estos resultados sugieren que los síntomas de los TE no son solo resultado de los niveles elevados de afecto negativo; al contrario, la combinación entre la vivencia de emociones negativas intensas y cómo uno se relaciona con ellas cuando se producen es necesaria para el desarrollo de estos trastornos.

Las personas con TE también muestran déficits en *mindfulness* o *conciencia plena* (Cheavens *et al.*, 2005; Hayes *et al.*, 1996), otro constructo relacionado con los anteriores que se refiere a la atención y conciencia hacia el momento presente con una actitud de aceptación, con independencia de cómo de desagradable o molesta sea la experiencia (Kabat-Zinn, 1982). Los estudios muestran que déficits en *mindfulness* son comunes en los TE (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney, 2006; Cash y Whittingham, 2010; Rasmussen y Pidgeon, 2011) y, de acuerdo con los datos comentados sobre la sensibilidad a la ansiedad y la evitación experiencial, el grado en el que una persona responde a las emociones negativas con conciencia plena (*mindfulness*) predice los síntomas psicológicos más allá de las contribuciones de la tendencia tipo rasgo de tener esas experiencias emocionales (Sauer y Baer, 2009; Segal, Williams y Teasdale, 2013). La proliferación de investigaciones relacionando estos tres constructos distintos, que obviamente se solapan y que cada uno recoge respuestas negativas ante las experiencias emocionales, subraya la importancia de las reacciones aversivas ante las emociones para la salud psicológica.

3.2 Manifestaciones clínicas

Las consecuencias de las reacciones aversivas a las emociones pueden verse claramente en los modelos iniciales para el trastorno de pánico (Barlow, 1988;

Clark, 1986). En esos modelos, los síntomas físicos que ocurren en el contexto de un ataque inicial de pánico (p. ej., incremento de la tasa cardiaca) provocan ansiedad sobre consecuencias negativas en el futuro (p. ej., ataque al corazón), lo que intensifica la ansiedad y los síntomas físicos relacionados y posiblemente desencadenará más ataques. Sin embargo, es importante destacar que los ataques de pánico se dan frecuentemente en muestras no clínicas y que es la reacción negativa intensa a las sensaciones físicas relacionadas con el pánico la que conduce al desarrollo del trastorno de pánico (Bouton, Mineka y Barlow, 2001). De manera similar, muchas personas, cuando están bajo condiciones de estrés, experimentan pensamientos intrusivos egodistónicos característicos del trastorno obsesivo-compulsivo (Rachman y De Silva, 1978), pero aquellas con este trastorno ven estos pensamientos como indicadores inmediatos de consecuencias negativas (p. ej., fusión pensamiento-acción; Shafran, Thordarson y Rachman, 1996) o moralmente reprobables (Nelson, Abramowitz, Whiteside y Deacon, 2006).

En esta misma línea, las personas con trastorno de ansiedad generalizada suelen encontrar particularmente aversivas las reacciones emocionales inesperadas e incontroladas generadas por las situaciones no planificadas o moderadamente peligrosas, lo que les provoca preocupaciones o conductas de comprobación para regular esas experiencias emocionales (Newman y Llera, 2011). A pesar de que el desencadenante de la respuesta emocional asociada con cada diagnóstico (p. ej., ataques de pánico, pensamientos intrusivos, evaluación social) puede estar determinado por experiencias de aprendizaje tempranas, la intensidad de esa reacción emocional negativa y el intento de afrontar o reducir la respuesta (habitualmente a través de conductas de supresión y evitación) están en el núcleo compartido por los TE.

3.3 Los trastornos emocionales se caracterizan por un afrontamiento evitativo

Dadas estas reacciones aversivas ante las emociones negativas, no nos sorprende que las personas con TE también pongan en marcha un conjunto de estrategias conductuales y cognitivas para escapar de ellas o evitarlas (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010; Moore, Zoellner y Mollenholt, 2008). Por ejemplo, en el procesamiento de la información, los pacientes con trastornos de ansiedad y depresivos presentan importantes sesgos hacia la información negativa pero rápidamente dirigen su atención fuera de tal información (MacLeod y Mathews, 2012).

También existe evidencia que sugiere que muchas de las conductas características asociadas con los TE sirven para reducir el impacto de las emociones intensas. Por ejemplo, la evitación situacional es una característica distintiva de los trastornos de ansiedad y depresivos; ejemplos de su manifestación

incluyen la evitación de fiestas en el trastorno de ansiedad social, estímulos que producen miedo en las fobias específicas (p. ej., arañas, inyecciones), lugares u objetos que evocan el trauma en el trastorno de estrés postraumático, actividades que provocaban placer anteriormente en la depresión, y lugares cerrados o con mucha gente en el trastorno de pánico (APA, 2013). Muchas formas de evitación sutil también se dan frecuentemente en la mayoría de los TE. Por ejemplo, en el trastorno de ansiedad generalizada, la planificación excesiva o la comprobación de que los seres queridos están seguros y bien pueden conceptualizarse como intentos de controlar y reducir las experiencias emocionales (Santanello y Gardner, 2007), mientras que en el trastorno obsesivo-compulsivo las compulsiones cumplen esta función (Newman y Llera, 2011). En la ansiedad social, la evitación sutil puede incluir conductas como disminuir el contacto ocular o permanecer alejado de la gente durante conversaciones y, en el trastorno de pánico, este fenómeno puede manifestarse evitando actividades que produzcan sensaciones parecidas a las de la ansiedad, como el ejercicio físico o beber café (evitación interoceptiva).

Además de llevar a cabo conductas de evitación problemáticas, las personas con TE también realizan conductas de evitación cognitivas. Esos procesos incluyen la supresión de la emoción, la rumiación y la preocupación. La *supresión emocional* es una estrategia por la cual las personas intentan deliberadamente expulsar las emociones desagradables fuera de su conciencia (incluyendo pensamientos que inducen emociones) (Gross y Levenson, 1993). Se han observado niveles elevados de supresión emocional en todos los TE incluidos la depresión, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de estrés postraumático (Purdon, 1999), y también se ha encontrado que pueden exacerbar los síntomas en todos esos trastornos (Abramowitz, Tolin y Street, 2001).

De manera similar, *la rumiación y la preocupación* son también formas de evitación cognitiva. Ambos procesos cognitivos se refieren a la focalización repetida y pasiva en el estado de ánimo negativo y sus posibles causas, significados y consecuencias. La rumiación se orienta más hacia el pasado y la preocupación hacia el futuro (Nolen-Hoeksema, 1991; Segertrom, Tsao, Alden y Craske, 2000). Ambas pueden ser consideradas estrategias de evitación, dado que se centran pasivamente en cuestiones superficiales para proteger a la persona de cuestiones más angustiantes (Lyubomirsky, Tucker, Caldwell y Berg, 1999; Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1995). La rumiación y la preocupación son comunes en todos los TE (Aldao *et al.*, 2010) y predicen prospectivamente incrementos en síntomas ansiosos y depresivos (Butler y Nolen-Hoeksema, 1994; Calmes y Roberts, 2007; Hong, 2007; Nolen-Hoeksema, Larson y Grayson, 1999; Nolen-Hoeksema, 2000; O'Connor, O'Connor y Marshall, 2007; Sarin, Abela y Auerbach, 2005).