



Trabajo Fin de Grado

PROTOCOLO UNIFICADO DE TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO PARA LOS TRASTORNOS EMOCIONALES: REVISIÓN TEÓRICA

Autor

Soraya Gimeno López

Director

Jorge Osma López

Universidad de Zaragoza. Campus de Teruel

Grado de Psicología

Promoción 2010/2014

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1. Los Trastornos Emocionales.....	3
1.2. Estructura temperamental latente de los Trastornos Emocionales: Neuroticismo y Extraversión.....	5
1.2.2. Etiología de los trastornos emocionales. Teoría de la triple vulnerabilidad.....	6
1.3 ¿Por qué un Tratamiento Unificado?.....	6
1.3.1. Similitudes entre los Trastornos Emocionales.....	7
1.4. Protocolo Unificado de Tratamiento Transdiagnóstico para los Trastornos Emocionales.....	9
1.4.1. Qué componentes tiene la intervención.....	10
2. MÉTODO.....	12
2.1. Bases de datos consultadas y descriptores de búsqueda utilizados.....	12
3. RESULTADOS.....	13
4. CONCLUSIONES.....	17
4.1. Líneas Futuras.....	18
5. BIBLIOGRAFÍA.....	20

Resumen

Mediante esta revisión se busca mostrar las aportaciones recientes en investigación y tratamiento, acerca del *Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU)*. El *PU* surge a partir de las evidencias encontradas acerca de los factores temperamentales que subyacen a los Trastornos Emocionales, entre los que se destaca el Neuroticismo. Surge como un modo de enfocar el tratamiento de estos trastornos hacia los elementos que tienen en común, en lugar de los síntomas específicos que los diferencian. A pesar de que el *PU* todavía es bastante novedoso, ya existen varias investigaciones acerca del tema, las cuales parecen indicar que el tratamiento es eficaz para la mejora de estos trastornos y sus síntomas. Estas aportaciones son de relevancia desde una perspectiva psicopatológica y clínica, ya que se abren puertas a un nuevo método de tratamiento, que podría aportar beneficios en varias áreas y podría suponer en el futuro un cambio favorable en los tratamientos que existen actualmente para los Trastornos Emocionales.

Palabras clave: Trastornos emocionales, Protocolo Unificado, Transdiagnóstico, Neuroticismo, Tratamiento.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Los Trastornos Emocionales

En las últimas tres décadas se ha mantenido la diferenciación diagnóstica entre trastornos de ansiedad y trastornos del estado del ánimo (y sus diferentes trastornos específicos), dirigiéndose las intervenciones psicológicas a la sintomatología específica de cada trastorno (Barlow, Sauer-Zavala, Carl, Bullis y Ellard, 2013).

Desde el enfoque de la terapia cognitivo-conductual y sus tratamientos, se han alcanzado altos índices de fiabilidad diagnóstica y eficacia en la reducción de los síntomas específicos de los trastornos, tanto entre los momentos pre-post intervención como a más largo plazo. Sin embargo, este enfoque no aporta mejoras o reducciones en otras características generales predisponentes de estos trastornos, dejando a los pacientes en una situación de vulnerabilidad para las recaídas o la aparición futura de otros trastornos. Según estos hallazgos, los tratamientos actuales podrían haberse centrado demasiado en esas características específicas de los trastornos, dejando aparte otro tipo de dimensiones más amplias (Barlow et al., 2013).

Algunos autores consideran que el sistema diagnóstico actual se centra en pequeñas variaciones de un síndrome común más amplio, representado por variables temperamentales como el Neuroticismo (Brown y Barlow, 2005, 2009). El término neuroticismo, denominado anteriormente como Neurosis, fue utilizado por primera vez por Eysenck, para hacer referencia a la ansiedad, depresión y trastornos relacionados. La dimensión temperamental de orden superior llamada neuroticismo (Eysenck, 1947), hace referencia a “la tendencia a experimentar frecuentes e intensas emociones negativas en respuesta a diferentes fuentes de estrés. Estas emociones negativas suelen interpretarse como ansiedad, miedo, irritabilidad, ira, tristeza, etc., pero la mayor parte de la investigación se ha centrado en la experiencia de ansiedad o del estado de ánimo depresivo. Acompañando a estas emociones negativas, están la percepción generalizada de que el mundo es un lugar peligroso y amenazante, junto con las creencias sobre la propia incapacidad para gestionar o hacer frente a los acontecimientos difíciles.”

La importancia del rasgo neuroticismo en la salud mental, también es respaldada por diversos autores. Lahey (2009) documentó que este rasgo predice en gran medida la aparición de diversos trastornos mentales y físicos y también la mayor búsqueda de

tratamiento en los servicios de salud en general (tanto para trastornos mentales, como físicos). Además, según este autor el neuroticismo es un predictor de la calidad de vida y la longevidad de las personas. Barlow y otros autores (2013) consideran que el rasgo neuroticismo es la base de los trastornos de ansiedad y de los trastornos del estado de ánimo (a partir de ahora Trastornos Emocionales).

El término “*Trastornos Emocionales*” (TE), es utilizado por Barlow para denominar al grupo formado por los trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo unipolar y trastornos relacionados, como los trastornos somatomorfos y disociativos (Barlow, 1991; Barlow et al, 2011; Brown y Barlow, 2009). Según Barlow, los TE comparten una serie de alteraciones emocionales que se relacionan estrechamente con el neuroticismo, como es la experimentación de niveles más altos de afecto negativo (Brown y Barlow, 2009).

Debido a estas características, además, las personas con TE tienden a realizar estrategias cognitivas y conductuales de reducción y evitación de estas emociones, además también presentan sesgos en el procesamiento de la información, centrándose en la información negativa y posteriormente tratan de desviar su atención de esa información (MacLeod y Mathews, 2012; Mathews y MacLeod, 2005).

Las personas con TE, experimentan de manera más intensa las emociones negativas y tratan de suprimir o evitar la experiencia emocional (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010; Baker et al, 2004; Moore, Zoellner, y Mollenholt, 2008; Tull y Roemer, 2007; Turk, Heimberg, Luterek, Mennin y Fresco, 2005). A esto se añade que tienen una mayor intolerancia a la incertidumbre, al malestar, a la ambigüedad o a cualquier situación que perciban como incontrolable, esto provoca que aumenten las emociones negativas ante estas situaciones. Los intentos de cambiar o alejar las emociones negativas (como por ejemplo ocultar las emociones a los demás), se asocia con un menor funcionamiento adaptativo y una disminución en el bienestar (Gross y John, 2003), además la supresión de pensamientos que generan emociones negativas, provoca un efecto rebote, provocando que dichos pensamientos aparezcan con mayor intensidad y frecuencia (Abramowitz, Tolin y Street, 2001; Wegner, Schneider, Carter, y Blanco, 1987). Por el contrario, la comprensión y aceptación de las experiencias emocionales internas, provocan la reducción de síntomas (Hayes, Follette y Linehan, 2004).

La alta reactividad a las emociones negativas, está muy conectada con el rasgo neuroticismo, que se compone de factores genéticos, neurobiológicos y psicológicos, destacando su papel tanto en su desarrollo como en la evolución de los trastornos, por lo tanto, diferentes autores consideran adecuado cambiar el enfoque de las intervenciones hacia esta dimensión de la personalidad (Barlow et al., 2013).

1.2. Estructura temperamental latente de los Trastornos Emocionales: Neuroticismo y Extraversión.

Las dimensiones de la personalidad más vinculadas a la mayoría de teorías sobre la personalidad son el neuroticismo y la extraversión, esto puede ser señal de la importancia de estas dimensiones en el funcionamiento general de los seres humanos (John y Srivastava, 1999). Según (Barlow 2002), las dimensiones de la personalidad neuroticismo y extraversión tienen una base genética.

La extroversión hace referencia a cualidades de tipo social, se relaciona con el afecto de tipo positivo y con la activación conductual, mientras que el neuroticismo (ansiedad-rasgo) se relaciona con el afecto negativo y la inhibición conductual. La literatura actual existente destaca estos constructos como influyentes para el inicio y mantenimiento de los TE (Brown, 2007; Brown y Barlow, 2009; Brown, Chorpita y Barlow, 1998; Gershuny y Sher, 1998; Griffith et al., 2010; Kasch, Rottenberg, Arnow y Gotlib, 2002; Kessler et al., 2011; Krueger, 1999; Watson, Clark y Carey, 1988).

La primera teoría en incluir dichas dimensiones fue la influyente teoría de los “Tres Grandes” de Eysenck (1961, 1981). Eysenck relacionaba las dimensiones de extraversión y neuroticismo, con los niveles de activación cortical, sugiriendo que la extraversión/emoción positiva iba unida a altos niveles de activación, mientras que el neuroticismo/emoción negativa se relacionaba con un bajo nivel de arousal.

La relación entre el neuroticismo y la extraversión en el desarrollo de ansiedad y otras emociones que generan malestar ha sido estudiada por diversos investigadores, por ejemplo en un estudio realizado con una muestra de jóvenes se demostró que la combinación de alto nivel de neuroticismo y bajo nivel de extraversión predecían la aparición de ansiedad al cabo de los años (Gershuny y Sher, 1998).

1.2.1. Etiología de los trastornos emocionales. Teoría de la triple vulnerabilidad.

Además, Barlow desarrolla la *teoría de la triple vulnerabilidad*, según la cual existen tres vulnerabilidades que influyen en el desarrollo de los TE (Barlow, Allen, y Choate, 2004).

En primer lugar, existe una *vulnerabilidad biológica generalizada*, de carácter hereditario, común a todos los TE, esta vulnerabilidad biológica, se ha relacionado en las diferentes investigaciones, con los temperamentos "ansiedad", "neuroticismo", "afecto negativo" o "inhibición conductual". La teoría abarca también una *vulnerabilidad psicológica generalizada*, que aparece mediante el aprendizaje temprano y se relaciona con una vulnerabilidad a percibir una elevada sensación de impredecibilidad e incontrolabilidad, ante los acontecimientos. Por último, una tercera *vulnerabilidad psicológica específica*, que se trataría de un suceso estresante, que daría lugar al tipo de trastorno específico en función del tipo de suceso. Esta vulnerabilidad psicológica específica sería la que, coordinada con las otras dos, contribuye a la aparición del trastorno clínico de ansiedad (Barlow, 2000, 2002; Bouton et al, 2001; Chorpita y Barlow, 1998).

1.3 ¿Por qué un Tratamiento Unificado?

Hoy en día existe una alta prevalencia de TE en la población, además los trastornos mentales forman parte del grupo de enfermedades que mayor coste directo suponen para el sistema sanitario en países occidentales (Hu, 2006).

Además, las autoridades de salud pública, han invertido una gran cantidad de dinero en la difusión y la capacitación de los profesionales, en los tratamientos individualizados que se aplican actualmente a este tipo de trastornos (McHugh y Barlow, 2010).

Por lo tanto, dado que los TE, generan un coste económico muy alto para la salud pública (además de que afectan a un porcentaje elevado de la población) y siendo los trastornos que mayor prevalencia tienen, no existen suficientes profesionales para atender a toda la demanda, y los pacientes alargan el proceso de su enfermedad. La aplicación del PU podría ser una solución a este tipo de inconvenientes, ya que favorecería la difusión y la capacitación de los profesionales.

1.3.1. Similitudes entre los Trastornos Emocionales

Otro argumento a favor de un tratamiento que englobe a los TE, se basa en la propuesta de Barlow, según la cual existen importantes similitudes entre los TE, los puntos en común entre ellos son los siguientes (Barlow, 2002; Brown, 2007; Brown y Barlow, 2009):

- Altas tasas de comorbilidad:

Diferentes estudios fenomenológicos y nosológicos demuestran que entre los diferentes trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo existe una alta comorbilidad diagnóstica, tanto en el diagnóstico actual como en el curso de la vida (por ejemplo, Allen et al, 2010; Brown, Campbell, Lehman, Grisham, y Mancill, 2001; Kessler, Berglund, y Demler, 2003; Kessler et al, 1996; Kessler et al, 1998; Kessler et al, 2008).

En un estudio realizado en Boston, un porcentaje del 55% de los pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad, tenían al menos otro trastorno comórbido de ansiedad o del estado de ánimo en la evaluación y el porcentaje aumentaba al 76% cuando se consideraba el curso vital de los pacientes (Brown et al., 2001).

Merikangas, Zhang y Aveneoli (2003), llegaron a conclusiones parecidas: mediante un seguimiento de una muestra de 500 personas, durante 15 años, obtuvieron que es extraño que un paciente diagnosticado de ansiedad o depresión, sufra únicamente de un trastorno, siendo muy probable que padezca otro trastorno de ansiedad o depresión, en algún momento de su vida.

- Gran respuesta al tratamiento en los trastornos comórbidos

Además existen evidencias de que el tratamiento de los trastornos de ansiedad produce mejorías importantes en el trastorno o trastornos de ánimo comórbidos, sin ser estos tratados directamente (Allen et al, 2010; Borkovec, Abel, y Newman, 1995; Brown, Antony, y Barlow, 1995; Tsao, Lewin, y Craske, 1998; Tsao, Mystkowski, y Zucker, 2002).

También resulta de interés conocer que los medicamentos antidepresivos, han resultado de utilidad en la mejoría tanto de trastornos de ansiedad como de trastornos del estado de ánimo, lo que lleva también a pensar que tienen aspectos en común (Hudson y el Pope, 1990).

Esta superposición de la respuesta al tratamiento y las altas tasas de comorbilidad entre trastornos que se han expuesto anteriormente, se pueden explicar de diversas maneras. Una de ellas sería el solapamiento de los criterios diagnósticos de alguno de los trastornos. Otra explicación puede ser que la comorbilidad entre trastornos aparezca debido a la existencia de un síndrome neurótico general (Andrews, 1990, 1996; Tyrer, 1989), de ser así las diferencias existentes entre trastornos, no serían más que pequeñas variaciones de un síndrome subyacente común más amplio.

-Mecanismos neurobiológicos comunes

A su vez, la investigación reciente en neurociencia afectiva, sugiere que existen mecanismos neurológicos similares en los TE, en concreto, sugieren que existe una hiperexcitabilidad de las estructuras límbicas, junto con el control inhibitorio limitado por las estructuras corticales, esto explicaría el aumento en la emocionalidad negativa en este tipo de trastornos (Etkin y Wager, 2007; Mayberg et al, 1999; Porto et al, 2009; Shin y Liberzon, 2010). En este sentido, la sobreactivación de la amígdala también se ha demostrado que aparece en aquellos sujetos con una puntuación alta en neuroticismo.

Como se ha expuesto anteriormente (Barlow, 2002; Brown, 2007; Brown y Barlow, 2009), en las diferentes investigaciones analizadas, se pueden extraer conclusiones acerca de las similitudes existentes entre los TE. Partiendo de la base de las evidencias existentes acerca de la comorbilidad entre trastornos (tanto en el diagnóstico inicial como en el curso de la vida), la respuesta al tratamiento de trastornos comórbidos no tratados directamente, o el efecto que tienen los medicamentos como los antidepresivos, tanto para los trastornos de ansiedad como para los del estado del ánimo, parece evidenciarse la existencia de un factor subyacente común entre los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

A su vez, los TE tienen en común, la experimentación de altos niveles de afecto negativo que experimentan con frecuencia (por ej., Brown y Barlow, 2009), la interpretación aversiva de estas emociones negativas (Roemer, Salters, Raffa, y Orsillo, 2005) y las estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales de evitación de las experiencias que lo provocan. Las estrategias que utilizan para evitar las experiencias, provocan que la frecuencia e intensidad de las emociones negativas aumenten. Como decíamos, estos mecanismos, se encuentran en la base de todos los TE y parecen ser impulsados por la dimensión de personalidad neuroticismo (Barlow et al., 2013).

Los resultados de las investigaciones en este campo han llevado a plantear, a algunos autores la conveniencia de diseñar un tratamiento para los TE a partir de los elementos que tienen en común (Barlow et al., 2013). Este tipo de tratamiento se denomina PU *Transdiagnóstico*.

El enfoque *Transdiagnóstico* hace referencia a un tipo de tratamiento que se dirige a los procesos causales básicos comunes de los trastornos, en lugar de en las diferentes categorías diagnósticas (Castro, Caballo, Salazar y Carrobles, 2011). Actualmente está comenzando a aplicarse este tipo de enfoques, por ejemplo la teoría transdiagnóstica aplicada a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), cuyo planteamiento es que en la base de los TCA se encuentran cuatro elementos o mecanismos comunes, que favorecen la aparición y el mantenimiento de los trastornos. Estos son: (1) el perfeccionismo clínico, (2) la baja autoestima, (3) la irritabilidad y (4) las dificultades interpersonales (Faiburn, Cooper y Shafran, 2003).

El tratamiento propuesto para los TE, es también de tipo *Transdiagnóstico* y debería enfocarse hacia los factores temperamentales de orden superior que parecen encontrarse en la base de estos trastornos, en lugar de dirigirse a los síntomas específicos de estos, pudiendo ser más adecuado, tanto en la evaluación como en la intervención de los mismos (Barlow et al., 2013).

1.4. Protocolo Unificado de Tratamiento Transdiagnóstico para los Trastornos Emocionales

El *Protocolo Unificado de Tratamiento Transdiagnóstico para los Trastornos Emocionales*, es una intervención psicológica cognitivo-conductual desarrollada para tratar los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo unipolar o, como hemos mencionado previamente conocidos por TE (Barlow et al., 2011).

El objetivo general del PU es el abordaje de aquellos factores subyacentes a los TE, como es el neuroticismo, en lugar de enfocarse en los síntomas específicos de cada trastorno. En este sentido, el principio central del tratamiento es la reducción de la reactividad emocional, que caracteriza a los TE, mediante la proporción de habilidades para gestionar y regular de manera eficaz las emociones negativas. Estas estrategias se diseñaron a partir de décadas de investigación sobre los tratamientos cognitivos y conductuales eficaces para los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (ver

Barlow, 2002) y los hallazgos más recientes sobre la regulación adaptativa de las emociones (por ejemplo, Campbell-Sills, et al 2006; Gross, 1998).

Como hemos explicado previamente, se plantea la existencia de factores subyacentes comunes a los TE, en concreto la dimensión temperamental neuroticismo, (siendo la sintomatología de cada trastorno, pequeñas variaciones de ese factor común). Por tanto, el neuroticismo, como elemento común de estos trastornos, se aborda desde el PU (Brown, Chorpita, y Barlow, 1998; Gershuny y Sher, 1998; Kasch, Rottenberg, Arnow, y Gotlib, 2002; Watson, Clark, y Carey, 1988).

1.4.1. ¿Qué componentes tiene la intervención?

El PU incluye las aportaciones realizadas por los teóricos cognitivo-conductuales e incorpora los principios comunes de los tratamientos psicológicos previos basados en la evidencia. El objetivo fundamental del PU es, por una parte, fomentar la flexibilidad cognitiva a través de la identificación de evaluaciones cognitivas desadaptativas y la generación de evaluaciones alternativas, por otra, el cambio de tendencias de acción asociadas a los TE como las estrategias de evitación (en su sentido más amplio) a través de procedimientos de exposición. El PU también incorpora innovaciones del campo de la ciencia de la emoción, que estudian los déficits en la regulación emocional que se dan en los TE (Barlow et al., 2011).

La regulación emocional, es el proceso mediante el cual las personas influyen en la ocurrencia, intensidad y duración de las emociones. Existen evidencias de que la regulación emocional tiene una gran relevancia en la aparición y el mantenimiento de los TE, además la regulación emocional, parece ser una característica central en estos trastornos, utilizando estrategias de regulación desadaptativas, que provocan que los síntomas persistan (Barlow et al., 2013).

El PU está compuesto por diferentes módulos de tratamiento en los que se trabajan aspectos clave en el procesamiento de las experiencias emocionales y la regulación emocional de las mismas. A continuación se procede a describir brevemente el contenido de los diferentes módulos del tratamiento:

- **Módulo 1: Mejora de la motivación para el compromiso con el tratamiento.**

El primer módulo del tratamiento, tiene el objetivo de mejorar la motivación y disposición de los pacientes para el cambio, para así fomentar su autoeficacia y

aumentar la confianza en sus habilidades para lograr el éxito en el cambio. En este módulo los pacientes tienen la oportunidad de sopesar los pros y contras del cambio o de mantenerse como hasta el momento, además de establecer un objetivo o meta a lograr con el tratamiento.

- **Módulo 2: Psicoeducación emocional.**

En esta fase del tratamiento se lleva a cabo la psicoeducación, basada en las emociones, en los componentes principales de las experiencias emocionales y las respuestas aprendidas. El objetivo es que los pacientes tomen conciencia de sus patrones de respuesta emocional y aquellos elementos que los mantienen.

- **Módulo 3: Formación en la observación y análisis de las experiencias emocionales.**

Lo que se busca desde este módulo es que los pacientes logren desarrollar habilidades que les facilite la observación de sus experiencias emocionales de manera objetiva, en el momento en que se producen y en el momento presente. Con esto se facilita que logren identificar más fácilmente los pensamientos específicos, las sensaciones físicas y comportamientos que aparecen en las experiencias emocionales, siendo conscientes así de como contribuyen a la angustia experimentada. Estas habilidades se practican mediante técnicas para centrarse en el presente sin juzgar.

- **Módulo 4: La evaluación y reevaluación cognitiva.**

En esta fase del tratamiento se busca que los pacientes sean conscientes de sus propias evaluaciones cognitivas desadaptativas, relacionadas con las experiencias emocionales. El objetivo es que logren identificar esos patrones de pensamiento y a generar nuevas evaluaciones cognitivas más adaptativas, logrando así una mayor flexibilidad.

- **Módulo 5: Evitación de emociones y conductas impulsadas por la emoción.**

En esta fase se enseña al paciente a identificar sus patrones conductuales desadaptativos relacionados con las experiencias emocionales (como puede ser la evitación). También se explica el modo en que los comportamientos desadaptativos aumentan y mantienen las emociones negativas. Al mismo tiempo, se trabaja para exponerse a las experiencias emocionales y generar por tanto conductas opuestas a la evitación.

- **Módulo 6: Sensibilización y tolerancia a las sensaciones físicas.**

Se busca que los pacientes tomen conciencia del papel de las sensaciones físicas en las experiencias emocionales, para lograrlo se realizan ejercicios de exposición con el paciente, tratando de provocar sensaciones físicas similares a las que ocurren en situaciones emocionales negativas. Con esto se busca que comprendan que las sensaciones físicas influyen en los pensamientos y comportamientos y viceversa. Los pacientes aprenden a observar las sensaciones físicas y las reacciones a las mismas sin actuar. Los ejercicios de exposición interoceptiva también tienen la función de favorecer una mayor tolerancia a las sensaciones físicas.

2. MÉTODO

Los materiales utilizados para la realización de la revisión actual, son diversos artículos científicos relacionados con el enfoque transdiagnóstico de los TE. El procedimiento utilizado para la búsqueda de la bibliografía utilizada, consistió en la utilización de diversas bases de datos especializadas, mediante las cuales se buscó todas aquellas investigaciones que se han realizado sobre el tema, con el objetivo de recopilar toda la información existente y así realizar una revisión que englobe una visión general acerca de la temática.

2.1. Bases de datos consultadas y descriptores de búsqueda utilizados

Para la realización de la revisión de los diferentes estudios acerca del PU Trasdiagnóstico para los TE, se utilizaron diferentes bases de datos como Pubmed, PsychINFO y Medline.

En un primer momento, se utilizó para la búsqueda el descriptor “*Transdiagnostic*”, resultando la búsqueda demasiado extensa para el tema que se trataba de revisar. Posteriormente, se utilizan los siguientes descriptores: “*transdiagnostic treatment*”, “*transdiagnostic emotional disorders*”, “*unified protocol emotional disorders*” resultando la búsqueda más efectiva y logrando recopilar mayor información acerca de la temática. Dado que el autor que ha realizado mayores aportaciones a esta temática es Barlow, se introduce como descriptor para acotar el número de artículos disponibles: “*transdiagnostic emotional disorders Barlow*”.

3. RESULTADOS

En el siguiente apartado se va a realizar una descripción de las aportaciones que se han hecho a través de diferentes estudios, de la aplicación del PU. En primer lugar se detallarán las características de cada uno de los estudios (Tabla 1) y posteriormente se procederá a describir los resultados que se han obtenido en los mismos, así como sus limitaciones. Los estudios en los que se basa este apartado son los siguientes:

- **Estudio1**(Sauer-Zavala, Boswell, Gallagher, Bentley, Ametaj y Barlow, 2012).
- **Estudio 2**(Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione y Barlow, 2010).
- **Estudio 3**(Boisseau, Farchione, Fairholme, Ellard, y Barlow, 2010).
- **Estudio 4** (Farchione, Fairholme, Ellard, Boisseau, Carl, Thompson-Hollands y Barlow, 2012)

Tabla 1. Características de los diferentes estudios que han utilizado el PU.

ESTUDIO	MEDIDAS	MUESTRA	TIPO DE DISEÑO
1.The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders.	ADIS-IV-L, PANAS-NA, ACS, ASI, ERSQ, HAM-D, HAM-A,	TAG = 7 TAS=8 TOC=8 TPA=8 Anx NOS=2 TEPT=1	Ensayo Controlado Aleatorio
2.Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Protocol Development and Initial Outcome Data	ADIS-IV-L, BDI-II, BAI, PANAS, OCI-R, PDSS-SR, PSWQ, SIAS, WSAS, SIGH-A, SIGH-D, Y-BOCS, Y-BOCS,	ESTUDIO1: TAG (n = 3), TAS (n = 4), TOC (n = 3), TPA(n = 4), TEPT (n = 1), TDM (n = 2), y la hipocondría (n = 1). ESTUDIO 2: Diagnósticos principales incluyen: TAG (n = 3), TAS (n =	Ensayos Clínicos Abiertos

		5), TOC (n = 3), y PDA (n = 2).	
3.The Development of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Case Study	ADIS -IV- L, Y-BOCS-SR, BAI, BDI-II, PDSS-SR, WSAS	TOC y PDA	Estudio de Caso
4. Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Randomized Controlled Trial	ADIS -IV- L, Mini-ADIS-IV, HARS, HRSD, BDI-II, SIGH-D, SIGH-A, BAI, PANAS, PSWQ, SIAS, PDSSSR, Y-BOCS, WSAS	TAG= 7 TAS= 8 TOC= 8 TPA= 8 Anx NOS = 2 TEPT=1 TAS y Anx NOS= 1 TAG y TAS= 1 TOC y TPA= 1	Ensayo Controlado Aleatorio

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de ansiedad social (TAS), trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastorno de pánico con agorafobia (TPA), ansiedad Trastorno NOS (no especificado), trastorno de estrés postraumático (TEPT)

Resultados y limitaciones

Estudio 1:

Los resultados del primer estudio muestran que los participantes en el PU experimentaron, tras el tratamiento, una disminución en la frecuencia de afecto negativo, en el miedo a las emociones, y en la sensibilidad a los síntomas de ansiedad, así como el aumento de la conciencia y aceptación de las emociones. Estos resultados parecen indicar que la disminución de la reactividad a la experiencia de las emociones, en concreto la disminución de las creencias acerca de la peligrosidad de los síntomas de ansiedad, es más importante en la predicción de la disminución del nivel de gravedad clínica que la experimentación del afecto negativo. Además, tras la participación en el PU, hubo descensos significativos en las emociones negativas de los participantes.

Limitaciones: Las investigaciones de la eficacia del PU han sido limitadas a los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo unipolar, aunque el neuroticismo subyacente, que se aborda específicamente en la PU, está implicado en otros trastornos emocionales (somatomorfos y trastornos disociativos).

El tamaño de la muestra puede no ser el adecuado, ya que ni la frecuencia de las emociones negativas ni la conciencia / aceptación de las emociones se relacionó significativamente con la severidad diagnóstico principal.

Estudio 2:

Los resultados que se obtienen en este estudio indican que el tratamiento con la PU llevó a una reducción global en la frecuencia y la gravedad de los trastornos principales y los comorbidos de pre a post tratamiento. Revelándose cambios significativos en las tres áreas de la evaluación, incluyendo los cuestionarios CSR, ADIS-IV, WSAS, y las medidas de ansiedad general y los síntomas del estado de ánimo (BDI, BAI). Además, un análisis de los efectos del tratamiento en los diagnósticos específicos reveló reducciones en la gravedad clínica en todos los diagnósticos representados por la muestra, incluida la depresión. No obstante, únicamente el TAS evidenció un efecto pre – post significativo después del tratamiento.

En promedio, los niveles de gravedad de los principales diagnósticos disminuyeron por debajo del umbral de diagnóstico, de esta forma los individuos dejaron de cumplir los criterios necesarios. Esto también se encontró en el análisis de las categorías específicas de los trastornos de ansiedad (TAG, TAS, TOC, TPA).

Limitaciones

Los resultados deben interpretarse con cautela debido al pequeño tamaño de la muestra y la falta de condición de control.

Estudio 3:

El sujeto del estudio respondió bien al tratamiento con PU, afirmación evidenciada por una disminución de la gravedad del diagnóstico de todos los trastornos y una mejora del funcionamiento psicosocial. Se redujo en un 60% el tiempo dedicado a las obsesiones y

compulsiones, entrando en las situaciones que había estado evitando durante años (uso del transporte público, salas de conciertos, centros comerciales, estadios, multitudes...), y también mejoró las relaciones interpersonales. Además, el paciente redujo su puntuación en todos los criterios diagnósticos en las medidas de evaluación utilizadas.

Limitaciones

La limitación de este estudio se encuentra en que el estudio está basado en un único caso, lo que dificulta poder generalizar los resultados a la población general.

Estudio 4:

El tratamiento con el PU dio lugar a reducciones significativas en la gravedad de los síntomas, el diagnóstico específico a través de los dos principales trastornos y las enfermedades concurrentes, así como una disminución significativa en el deterioro funcional. Los pacientes tratados con PU evidenciaron un mayor cambio clínicamente significativo con respecto a los pacientes del grupo de tratamiento retrasado, con un 59% de pacientes que mantenían los cambios durante el postratamiento. También demostraron efectos significativos, moderados en las medidas de temperamento, comparados con el otro grupo. Transcurridos 6 meses tras finalizar el tratamiento agudo, los pacientes siguieron mostrando mejoras, prestando así apoyo preliminar a la durabilidad en el tiempo de los efectos del tratamiento.

El PU también fue eficaz en el tratamiento de una gama de trastornos de ansiedad, entre ellos los trastornos de ansiedad: TAS, TPA, y el TOC, produciendo tamaños de efecto comparables a los tratamientos específicos según la sintomatología (Hofmann y Smits, 2008). Otro dato a destacar es que más de la mitad de los pacientes tratados con la UP ya no cumplían con los criterios de diagnóstico para su diagnóstico principal y casi la mitad (45%) de estos pacientes ya no cumplían los criterios para cualquier diagnóstico clínico en el postratamiento. De los cuales un 64% ya no cumplían los criterios para cualquier diagnóstico clínico durante el seguimiento.

Limitaciones:

El reducido tamaño muestral puede haber limitado la capacidad para detectar diferencias significativas en algunos de los análisis. Sería recomendable replicar el

estudio con una muestra mayor. A pesar de que todos los terapeutas fueron supervisados semanalmente, no fue evaluada la fidelidad al tratamiento. En último lugar, el estudio no incluyó una comparación de tratamiento activo, por lo que no se pueden extraer conclusiones definitivas acerca de los procesos terapéuticos.

4. CONCLUSIONES

A lo largo de la revisión, se han recopilado los diversos resultados obtenidos en las diferentes investigaciones realizadas acerca de la aplicación del Protocolo Unificado del Transdiagnóstico para los Trastornos Emocionales.

Los resultados obtenidos en los diferentes artículos parecen indicar que el PU, favorece la mejoría clínica de los sujetos que participan en el tratamiento.

En el primer estudio (Tabla 1), los autores concluyen que tras el tratamiento (PU), los sujetos experimentan la disminución en variables como la sensibilidad a los síntomas de ansiedad y el miedo a las emociones, además de una disminución significativa en la frecuencia de afecto negativo. Los hallazgos parecen ser indicadores de que la manera de reaccionar ante el afecto negativo y síntomas de ansiedad, predicen en mayor medida la disminución en la gravedad clínica del trastorno que la propia experimentación de afecto negativo (Sauer-Zavala, Boswell, Gallagher, Bentley, Ametaj y Barlow, 2012).

Los resultados de los estudios parecen indicar la eficacia del UP en la reducción y gravedad de los trastornos principales y comórbidos y en definitiva, en la mejoría de los sujetos que participan en el tratamiento, disminuyendo también conductas evitativas y su deterioro funcional.

En el estudio 2, se concluye que existen mejorías significativas en diferentes áreas de evaluación y medidas, relacionadas tanto con ansiedad como con síntomas del estado de ánimo. También se obtiene que tras el tratamiento hay una mejoría diagnóstica de los trastornos por debajo del umbral de diagnóstico, en un promedio de la muestra (Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione y Barlow, 2010).

Además, parecen mejorar síntomas específicos de los trastornos, relacionados con la evitación de la experiencia emocional, como el enfrentamiento a situaciones temidas en el caso de un sujeto con diagnóstico de Fobia Social o la mejora sustancial de las

obsesiones y compulsiones de este mismo sujeto (Boisseau, Farchione, Fairholme, Ellard y Barlow, 2010). Otros aspectos importantes que parecen evidenciarse en el estudio 3, es que más de la mitad de la muestra ya no cumplían con los criterios para ningún diagnóstico clínico, además de la duración de los efectos del tratamiento tras 6 meses (Farchione et al., 2012), la eficacia del mismo para diferentes trastornos de ansiedad, obteniendo resultados similares a los tratamientos específicos tradicionales (Hofmann y Smits, 2008).

Los diversos resultados que se han obtenido en los estudios acerca de esta temática, son congruentes con las diferentes teorías existentes. La alta experimentación de afecto negativo de las personas con TE (Brown y Barlow, 2009), junto con su negativa interpretación del mismo (Roemer, Salters, Raffa, y Orsillo, 2005) y las conductas evitativas, contribuyen empeorar los síntomas y por consiguiente los trastornos, además, esos mecanismos de evitación parecen encontrarse en la base de estos trastornos y ser impulsados por el rasgo Neuroticismo (Barlow et al., 2013).

Los resultados preliminares indican que el PU puede ser una alternativa eficaz y eficiente para el tratamiento de los TE.

4.1. Líneas Futuras

Tras la revisión de los diferentes estudios y sus hallazgos, se puede observar que hasta el momento el PU es eficaz para el tratamiento de los TE. Por lo tanto, es probable que las líneas de investigación futuras vayan dirigidas a seguir realizando estudios al respecto, teniendo en cuenta las limitaciones que tienen los estudios actuales y ampliando el tipo de población a la que se dirige.

Hasta ahora se ha investigado con grupos de población adulta, por lo tanto en un futuro sería interesante dirigirse también a población adolescente e infantil, para comprobar la eficacia del tratamiento también en esta población. Otra futura línea de investigación podrían ser personas con otro tipo de TE (somatomorfos y trastornos disociativos), en los que parece encontrarse el neuroticismo de manera subyacente (de igual modo que en el resto de TE).

Además se puede considerar la aplicación del tratamiento a nivel grupal. Si lograra aplicarse de este modo, sería beneficioso para los servicios de salud mental pública, dado que los TE tienen una alta prevalencia en nuestra sociedad y existen listas de

espera muy amplias para atender a los pacientes, por lo tanto de este modo se acortaría la espera.

Por último, otra posible aplicación de este tipo de tratamiento sería mediante las nuevas tecnologías, por ejemplo mediante la utilización de programas autoaplicados por internet.

BIBLIOGRAFIA

- Abramowitz, J., Tolin, D., & Street, G. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, *21*, 683–703.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *30*, 217–237.
- Allen, L. B., White, K. S., Barlow, D. H., Shear, K. M., Gorman, J. M., & Woods, S. W. (2010). Cognitive-behavior therapy (CBT) for panic disorder: Relationship of anxiety and depression comorbidity with treatment outcome. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *32*, 185–192.
- Andlin-Sobocki, P., Wittchen, H.U. (2005). Cost of anxiety disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, *12*(1), 39-44.
- Andrews, G. (1990). Classification of neurotic disorders. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *83*, 606–607.
- Andrews, G. (1996). Comorbidity in neurotic disorders: The similarities are more important than the differences. En R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 3–20). New York, NY: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (1991). Disorders of emotion. *Psychological Inquiry*, *2*, 58–71.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, *55*, 1247-1263.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B. & Choate, M. L. (2004). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders. *Behavior Therapy*, *35*, 205 – 230.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C., Farchione, T. J., Boisseau, C., Allen, L., & Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders*. New York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Sauer – Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., & Ellard, K. K. (2013). The Nature, Diagnosis, and Treatment of Neuroticism: Back to the Future. *Clinical Psychological Science*. *10*, 1-22.
- Baker, R., Holloway, J., Thomas, P., Thomas, S., & Owens, M. (2004). Emotional processing and panic. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 1271–1287.
- 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, 102-113.
- Brown, T. A. (2007). Temporal course and structural relationships among dimensions of temperament and DSM-IV anxiety and mood disorder constructs. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 313-328.
- Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 408-418.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 179-192.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 49-58.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2005). Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* and beyond: Comment on the special section. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 551-556.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21, 256-271.
- Borkovec, T. D., Abel, J. L., & Newman, H. (1995). Effects of psychotherapy on comorbid conditions in generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 479-483.
- Bouton, M. E., Mineka, S., & Barlow, D. H. (2001). A modern learning-theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108, 4-32.
- Casajuana, J., & Romea, S. (2009). Resultados clínicos de la Atención Primaria. En V. Navarro López, A. Martín-Zurro & C. Violán Fors (Eds.), *La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas* (pp. 11-45). Barcelona: Semfyc Ediciones.
- Castro, L. (2011). Modelo integrador en psicopatología: un enfoque transdiagnóstico. En V. E. Caballo, I.C. Salazar y J. A. Carrobbles (Ed.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 45-78). Madrid: Pirámide.

- Chorpita, B. F., Albano, A. M., & Barlow, D. H. (1998). The structure of negative emotions in a clinical sample of children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 74–85.
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin, 124*, 3–21.
- Chorpita, B. F., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1998). Perceived control as a mediator of family environment in etiological models of childhood anxiety. *Behavior Therapy, 29*, 457–476.
- 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*, 88–101.
- Etkin, A., & Wager, T. D. (2007). Functional neuroimaging of anxiety: A meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *American Journal of Psychiatry, 164*, 1476–1488.
- Eysenck, H. J. (1947). *Dimensions of personality*. Oxford, England: Kegan Paul.
- Eysenck, H. J. (1961). *The handbook of abnormal psychology*. New York, NY: Basic Books.
- Eysenck, H. J. (1981). *A model for personality*. New York, NY: Springer-Verlag.
- Gershuny, B. S., & Sher, K. J. (1998). The relation between personality and anxiety: Findings from a 3-year prospective study. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 252–262.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a transdiagnostic theory and treatment. *Behavior Research and Therapy, 41*, 509–528.
- Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Carl, J.R., Thompson-Hollands, J., & Barlow, D.H. (2012). A randomized-controlled trial of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Behavior Therapy, 43*, 666–678.
- Fernandez, A., Haro, J. M., Codony, M., Vilagut, G., Martinez-Alonso, M., Autonell, J., et al. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: Primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders, 96*, 9–20.
- Griffith, J. W., Zinbarg, R. E., Craske, M. G., Mineka, S., Rose, R. D., Waters, A. M., & Sutton, J. M. (2010). Neuroticism as a common dimension in the internalizing disorders. *Psychological Medicine, 40*, 1125–1136.
- Haro, J. M., Palacin, C., Vilagut, G., Martinez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica, 126*(12), 445–451.

- Hofmann, S.G., & Smits, J.A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (4), 621-632.
- Hu, T.W. (2006) Perspectives: an international review of the national cost estimates of mental illness, 1990-2003. *The journal of mental health policy and economics*, 9(1), 3-13.
- Hudson, J. I., & Pope, H. G. (1990). Affective spectrum disorder: Does antidepressant response identify a family of disorders with a common pathophysiology? *American Journal of Psychiatry*, 147, 552–564.
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp. 102–138). New York, NY: Guilford Press.
- Kasch, K. L., Rottenberg, J., Arnow, B. A., & Gotlib, I. H. (2002). Behavioral activation and inhibition systems and the severity and course of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 589–597.
- Kessler, R. C., Berglund, P., & Demler, O. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095–3105.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Lui, J., Swartz, M., & Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: Results from the National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 168, 17-30.
- Kessler, R. C., Stang, P. E., Wittchen, H. U., Ustun, T. B., Roy-Byrne, P. P., & Walters, E. E. (1998). Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 55, 801–808.
- Kessler, R. C., Gruber, M., Hettema, J. M., Hwang, I., Sampson, N., & Yonkers, K. A. (2008). Comorbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychological Medicine*, 38, 365–374.
- Kessler, R. C., Cox, B. J., Green, J. G., Ormel, J., McLaughlin, K. A., Merikangas, K. R., et al. (2011). The effects of latent variables in the development of comorbidity among common mental disorders. *Depression and Anxiety*, 28, 29–39.
- King M., Nazareth I., Levy G., Walker C., Morris R., Weich S., et al. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 362–367.
- Krueger, R. F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 921–926.

- Lahey, B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, *64*, 241–256.
- Loeppke, R., Taitel, M., Haufle, V., Parry, T., Kessler, R.C., & Jinnett, K. (2009). Health and productivity as a business strategy: a multiemployer study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *51*(4), 411-428.
- MacLeod, C., & Mathews, A. (2012). Cognitive bias modification approaches to anxiety. *Annual Review of Clinical Psychology*, *8*, 189–217.
- Mathews, A., & McLeod, C. (2005). A cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*, 167–195.
- Mayberg, H. S., Liotti, B. M., Brannan, S. K., McGinnis, S., Mahurin, R. K., Jerabek, P. A., et al. (1999). Reciprocal limbic-cortical function and negative mood: Converging PET findings in depression and normal sadness. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 675–682.
- McHugh, R.K., & Barlow, D. H. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments: A review of current efforts. *American Psychologist*, *65*, 73-84.
- Merikangas, K. R., Zhang, H., & Aveneoli, S. (2003). Longitudinal trajectories of depression and anxiety in a prospective community study. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 993–1000.
- Moore, S. A., Zoellner, L. A., & Mollenholt, N. (2008). Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms? *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 993–1000.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Mental Health: facing the challenges, building solutions*. Denmark: WHO.
- Porto, P. R., Oliveira, L., Mari, J., Volchan, E., Figueira, I., & Ventura, P. (2009). Does cognitive behavioral therapy change the brain? A systematic review of neuroimaging in anxiety disorders. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, *21*, 114–125.
- Sauer-Zavala, S.E., Boswell, J.F., Gallagher, M.W., Bentley, K.H., Ametaj, A., & Barlow, D.H. (2012). The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *50*, 551-557.
- Serrano-Blanco, A., Palao, D.J., Luciano, J.V., Pinto-Meza, A., Luján, L., Fernández, A., et al. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Epidemiol*, *45*(2), 201-210.

- Shin, L. M., & Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, 35, 169–191.
- Sicras-Mainar A., Blanca-Tamayo, M., Navarro-Artieda, R., Rejas-Gutierrez, J. (2009). Use of resources and costs profile in patients with fibromyalgia or generalized anxiety disorder in primary care settings. *Aten Primaria*, 41(2), 77-84.
- Tsao, J. C. I., Lewin, M. R., & Craske, M. G. (1998). The effects of cognitive-behavior therapy for panic disorders on comorbid conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 357–371.
- Tsao, J. C. I., Mystkowski, J. L., & Zucker, B. G. (2002). Effects of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbid conditions: Replication and extension. *Behavior Therapy*, 33, 493–509.
- Tull, M. T., & Roemer, L. (2007). Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: Evidence of experiential avoidance, emotional nonacceptance, and decreased emotional clarity. *Behavior Therapy*, 38, 378–391.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 89–106.
- Tyrer, P. J. (1989). *Classification of neurosis*. Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Valladares, A., Dilla, T., & Sacristán, J. A. (2008). La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36.
- Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346–353.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). The paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5–13.