

Adaptación grupal del Protocolo Unificado para el Tratamiento de los Trastornos Emocionales

CRISTIAN CASTELLANO BADENAS
al107103@alumail.uji.es

JORGE JAVIER OSMA LÓPEZ
osma@psb.uji.es

ELENA CRESPO DELGADO
screspo@psb.uji.es

ELENA FERMOSELLE ESCLAPEZ
al076962@alumail.uji.es

Resumen

Introducción: En las últimas décadas se han logrado numerosos avances respecto a los tratamientos específicos para trastornos emocionales, sin embargo, presentan muchas limitaciones. Con el fin de superarlas, Barlow y cols. han desarrollado un *Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales* (PUTTE). **Objetivo:** Mejorar los tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos emocionales, teniendo en cuenta además del eje de la eficacia, el de la efectividad y eficiencia, a partir de la perspectiva Transdiagnóstica aplicada en formato grupal. **Método:** Con una muestra de 12 participantes, y tras administrar el protocolo de evaluación (pre-test), se llevó a cabo la terapia grupal aplicando dicho protocolo, y se volvió a realizar la evaluación tras la intervención (post-test). **Resultados:** Las diferencias de medias pre-post han resultado estadísticamente significativas tanto en las medidas que evalúan depresión, como las que evalúan ansiedad. Además, el 75 % de los participantes dejó de cumplir criterios para su diagnóstico principal en la evaluación post-test. **Conclusiones:** Los datos preliminares informan de la eficacia de este protocolo en la reducción de criterios diagnósticos y en las mejoras clínicas conseguidas. Además, el PUTTE en formato grupal, fue valorado como «muy útil» y «satisfactorio» por parte de todos los participantes.

Palabras clave: PUTTE, transdiagnóstico, Trastornos Emocionales, terapia grupal, Eficiencia

* Agradecimiento a la colaboración por parte de los diferentes profesionales sanitarios de Salud Mental del Centro de Salud Rafalafena por permitir la realización de este estudio en el centro, así como a los profesionales del Centro CREOS, Centro de Psicoterapia y Formación por dirigir la realización de este estudio.

Abstract

Introduction: Numerous advances with regard to the specific treatments for emotional disorders have been achieved over the last few decades. Yet, they have many limitations. In order to overcome them, Barlow *et al.* have carried out a Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders (UP). **Goal:** Improving the cognitive behavioral treatments for emotional disorders bearing in mind the axis of efficacy, as well as the axis of effectiveness and efficiency from the Transdiagnostic perspective used in group format. **Method:** With a sample formed by 12 participants and after having administered the evaluation protocol (pre-test), the group therapy was carried out applying this protocol. The evaluation was done again after the intervention (post-test). **Results:** The differences of pre-post averages have turned out statistically significant in the measures that evaluate depression as well as those that evaluate anxiety. Furthermore, 75 % of the participants stopped having the criteria for their principal diagnosis in the post-test evaluation. **Conclusions:** The preliminary data show the efficacy of this protocol in the reduction of the diagnostic criteria and also in the clinical improvements obtained. Moreover, the UP in group format was valued by all participants as «very useful» and «satisfactory».

Keywords: UP, transdiagnostic, Emotional Disorders, group therapy, efficacy

Introducción

Son muchos los estudios epidemiológicos a nivel mundial sobre la prevalencia de los trastornos mentales en la población general (Eaton, Martins, Nestadt, Bienvenu, Clarke y Alexandre, 2008; Kessler *et al.*, 2005), en los que se calcula que aproximadamente un 25 % de personas en los países occidentales cumplía criterios diagnósticos de algún trastorno mental durante el último año y un 40 % si se tiene en consideración desarrollarlo en algún momento de la vida. Tal y como reflejan los estudios, la prevalencia de los trastornos emocionales (TE) es una de las más frecuentes en cuanto a categorías diagnósticas, representando porcentajes elevados de hasta el 20 % (ESEMed-España, 2003). Además de la alta prevalencia de los TE, algunos estudios como el Libro Blanco sobre el Coste Social de los Trastornos de Salud en España (1998) ha calculado que las depresiones suponen en nuestro país un gasto anual de 447,77 millones de euros, de los cuales 187,55 millones pertenecen a las consultas ambulatorias, 133,58 millones al gasto farmacéutico, 32,42 millones a las hospitalizaciones cortas y 94,21 millones a las hospitalizaciones largas. Estas cifras ya suponían una alarma hace más de una década, pero desde el estudio «The economic cost of brain disorders mental in Europe» (Olesen *et al.*, 2012), estas cifras han aumentado en lo referente a los trastornos del estado de ánimo hasta suponer un gasto de 113.405 millones de euros al año, mientras que respecto a los trastornos de ansiedad esta cifra alcanza 74.400 millones de euros.

Los datos mencionados previamente han provocado un aumento notable de la investigación sobre la eficacia de los protocolos de intervención para los TE, dando lugar a una gran cantidad de protocolos específicos dirigidos hacia el tratamiento de cada uno de los TE. La alta comorbilidad entre los TE, la ineficacia de algunos de estos protocolos, los altos índices de recaídas al finalizar el tratamiento, y el coste económico y en recursos que supone la formación e implantación de cada uno de estos protocolos, son algunas de las limitaciones a las que

tiene que hacer frente el tratamiento de los TE. Por consiguiente, escoger un tratamiento para dichos trastornos se está convirtiendo en un gran problema para los profesionales de la psicología clínica actual.

Con el fin de dar respuesta a estas limitaciones, en los últimos años, se han desarrollado distintas teorías sobre la etiología y tratamiento de los TE. En primer lugar, a través de la conocida Teoría Dimensional, Brown y Barlow (2009) plantean una clasificación dimensional de los trastornos emocionales a partir de dos dimensiones básicas de temperamento (Afecto Positivo o extraversión, y Afecto Negativo o Neuroticismo), que se caracterizan por su relativa estabilidad en el tiempo, por tener una importante base genética y por tener influencia en la etiología y curso de estos trastornos. Determinados estudios (Campbell-Sills, Barlow, Brown y Hofman, 2006; Mennin, Heimberg, y Turk, 2005) han comprobado que las personas que sufren de algún trastorno de ansiedad o trastorno de estado de ánimo, son más propensas a experimentar un mayor número de situaciones (y más intensas) relacionadas con el afecto negativo que las personas sin trastornos, y además, experimentan estas vivencias como más peligrosas o amenazantes (Roemer, Salters, Raffa, y Orsillo, 2005). En segundo lugar, Barlow también propone el Modelo de la Triple Vulnerabilidad, a partir del cual manifiesta que en el desarrollo de un TE influyen tres vulnerabilidades: 1) la Vulnerabilidad biológica generalizada, representa una contribución genética establecida (entre un 30-50 %), que implica una predisposición a experimentar «ansiedad», «neuroticismo», o «Afecto Negativo»; 2) la Vulnerabilidad psicológica generalizada, surge a partir de experiencias vividas en la infancia que inducen a sufrir ansiedad, entre otros estados Afectivos negativos (Chorpita y Barlow, 1998). Este tipo de vivencias conlleva que predominen en la persona sentimientos de incontrolabilidad e impredecibilidad sobre los acontecimientos vitales, que junto con la activación elevada del sistema nervioso simpático, forman el componente principal del Afecto Negativo, y por lo tanto también de los TE; 3) Vulnerabilidad psicológica específica, es el componente adicional necesario para desarrollar un TE. Esta vulnerabilidad hace referencia a ciertas experiencias de aprendizaje durante la vida, a partir de las cuales se asocia subjetivamente la peligrosidad o la ansiedad/afecto negativo a determinados objetos, situaciones, sensaciones físicas y/o experiencias. Por último, otro avance importante para la comprensión de la naturaleza de los TE es la Regulación Emocional (RE). Se entiende por RE al conjunto de estrategias que influye en la aparición, intensidad, expresión y experiencia de las emociones (Gross y Thompson, 2007), siendo un factor muy importante en el desarrollo y mantenimiento de los TE. La creciente literatura sobre la RE, ha demostrado que las personas con este tipo de diagnósticos muestran dificultades a la hora de utilizar estas estrategias, dándoles un uso desadaptativo y contribuyendo de este modo al mantenimiento de la sintomatología. A partir de estas teorías, y teniendo en cuenta los datos de eficacia de los tratamientos para los TE, ha surgido una alternativa que puede superar algunas de estas dificultades, la llamada Propuesta Transdiagnóstica.

La propuesta Transdiagnóstica supone un cambio innovador en el conocimiento y la práctica de la Psicología Clínica. Al contrario que los protocolos específicos de tratamiento, la propuesta Transdiagnóstica apuesta por centrarse en los aspectos comunes de los TE, y por tanto, en los procesos psicológicos que están a la base de éstos, permitiendo así, superar los límites derivados de los manuales diagnósticos como el DSM o la CIE. Se han desarrollado protocolos de intervención transdiagnósticos para diferentes categorías diagnósticas, como por ejemplo para los Trastornos de Conducta Alimentaria (Fairburn, Cooper y Shafran, 2003), para los Trastornos de Ansiedad (Norton y Hope, 2002; Norton y Price, 2005), y en este caso, para la amplia categoría de los TE. Para la realización de este estudio se ha utilizado el Protocolo Unificado para el Tratamiento de los Trastornos Emocionales (PUTTE).

El PUTTE, basado en la perspectiva transdiagnóstica, se elaboró inicialmente a través de la identificación de los elementos comunes de los tratamientos cognitivo-conductuales (TCC),

para los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, dado que se observó que la mayoría de los protocolos específicos para los distintos trastornos contenían los mismos elementos comunes como: la identificación y modificación de las cogniciones desadaptativas, la prevención de la evitación emocional o la exposición conductual, emocional e interoceptiva (Barlow y Craske, 2006). Además de las técnicas tradicionales del enfoque cognitivo-conductual, este innovador protocolo también aborda, de manera central, el déficit en la RE que como ya hemos comentado es común en los TE. En referencia a este aspecto, el PUTTE enfatiza en el valor adaptativo de todas las emociones, en aumentar la tolerancia a las emociones intensas, y en identificar y modificar las estrategias desadaptativas utilizadas para evitar o disminuir la intensidad de las emociones. Por lo tanto, se puede decir que uno de los principales objetivos de este tratamiento es ayudar a los pacientes a que aprendan cómo hacer frente (canalizar adecuadamente) a las emociones consideradas como incómodas o amenazantes, de una forma adaptativa y, ayudarlos a su vez, a que identifiquen las estrategias desadaptativas que están interfiriendo en su funcionamiento. El paciente, a través de este tratamiento, aprende a no suprimir las experiencias emocionales y a observar e interpretar la información adaptativa que nos ofrecen todas las emociones. El PUTTE está diseñado para aplicarse a una amplia variedad de TE (Trastorno de Pánico con o sin Agorafobia, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Estrés Postraumático, la Agorafobia, Fobias específicas, la Hipocondría y la Depresión mayor, entre otros; Barlow *et al.* 2011), que tienen en común la preocupación excesiva e inapropiada sobre la incontrollabilidad de sus propias emociones

Debido al carácter reciente de dicho tratamiento aún son pocos los estudios publicados (Boisseau, Farchiore, Fairholme, Ellard, y Barlow, 2010; Ellard *et al.*, 2010; Farchione *et al.*, 2012) y, según el estudio de Hofmann & Smits (2008), la comparación entre los resultados de los tratamientos específicos y los que han aplicado el PUTTE son comparables en cuanto a eficacia, teniendo en cuenta que hay variaciones respecto a la eficacia en cada diagnóstico.

A partir de la alta prevalencia de los TE, los problemas que presentan los protocolos específicos, los hallazgos teóricos sobre los TE y la eficacia obtenida en los primeros estudios, surge la idea de aplicar el PUTTE en formato grupal. Nuestro objetivo general es aplicar dicho protocolo en un formato de grupo para así alcanzar un tratamiento eficaz, consiguiendo las mejorías clínicas deseadas, y eficiente, alcanzando dichas mejorías con el menor número posible de costes.

Método

Objetivos de la terapia

Como principales objetivos que nos planteamos inicialmente en este estudio fueron los siguientes: 1) Comprobar la eficacia del PUTTE respecto a la reducción de criterios diagnósticos, tanto en el diagnóstico principal como el secundario; 2) Comprobar la eficacia del PUTTE respecto a la mejoría significativa de los niveles de afecto negativo, afecto positivo, calidad de vida y adaptación; y 3) Comprobar la aceptabilidad del formato grupal de tratamiento.

Diseño de estudio

El diseño de investigación utilizado en el presente estudio es un diseño cuasiexperimental de un sólo grupo con variables de respuesta medidas en los momentos pretest, postest y

seguimientos a los 3, 6 y 12 meses. La asignación al grupo se realizó de manera no aleatoria pero conocida (diagnósticos clínicos especificados) (Ato y Ballejo, 2012).

Procedimiento

La muestra del estudio se obtuvo a través de la Unidad De Salud Mental (USM) del Centro de Salud Rafalafena de Castellón de la Plana, con la que CREOS, centro de psicoterapia y formación, firmó un convenio de colaboración para obtener los acuerdos y permisos necesarios para colaborar en la recogida de muestra. Inicialmente se programó una reunión con los psicólogos y psiquiatras de dicho centro para explicar el programa de tratamiento que se iba a llevar a cabo y los criterios de inclusión y exclusión establecidos por el manual original (pueden consultarse en Farchione *et al.*, 2012) para la selección de la muestra.

A partir del primer screening realizado por los profesionales de salud del centro, 15 candidatos realizaron la segunda entrevista (realizado por psicólogas del centro CREOS), de los cuales formaron parte del grupo de terapia 11 de los mismos. Los/as 4 descartes fueron motivados por la incompatibilidad de horario para la asistencia continuada o por el incumplimiento de algún criterio de inclusión/exclusión. Una vez iniciado el protocolo, causaron baja del mismo 3 de los 11 participantes que lo comenzaron. El abandono de su participación fue debido a una crisis relacionada con el juego patológico, un cambio en la ciudad de residencia y cambios en el horario laboral.

Participantes

Finalmente la muestra de este estudio fue de 11 participantes, entre los cuales había 1 varón y 10 mujeres (edad media= 43,64, DT= 13,23, rango= entre 27 y 66 años). Todos/as los/as participantes del estudio iniciaron la terapia bajo tratamiento farmacológico, ya sea con ansiolíticos, antidepresivos o ambos. El inicio de dichos tratamientos era muy variable, habiendo participantes que lo habían mantenido durante largos periodos de tiempo (por ejemplo, 18 o 23 años), mientras que otros participantes tan solo hacía un año que habían iniciado el tratamiento farmacológico. En cuando a los diagnósticos de los pacientes se puede señalar que todos los participantes fueron diagnosticados utilizando criterios diagnósticos del DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000). Los diagnósticos principales fueron: TOC (n=1), TPA (n=2), TDM (n=3), Trastornos de ansiedad no especificado (n=3), y Trastorno del estado de ánimo no especificado (n=2). Tres participantes fueron diagnosticados de un trastorno comórbido, TDM (n=1), TPA (n=1) y Juego patológico (n=1).

Tratamiento

El tratamiento se realizó en la USM Rafalafena y su duración fue de dos meses y medio. El protocolo se llevó a cabo en 10 sesiones a razón de una sesión semanal de dos horas aproximadas de duración (mínimo 100 minutos- máximo 140 minutos). La versión del PUTTE utilizada ha sido la última versión de Barlow *et al.* (2011), adaptando los contenidos de los módulos a las características de la intervención grupal. Con el inicio de cada una de las sesiones se repartía el manual del paciente de la sesión correspondiente, y se administraba los instrumentos de evaluación ODSIS (Barlow *et al.* 2011) y OASIS (Norman, Cissell, Means-Christensen y Stein, 2006); posteriormente se trabajaba el contenido de la sesión, con la explicación

teórica del módulo, la realización de los ejercicios pertinentes, y la exposición de los mismos por cada uno de los participantes. Por último, se daba paso a la ronda de dudas y preguntas, se realizaba la autoevaluación para comprobar que habían entendido los contenidos de la sesión, y se explicaban las nuevas tareas para casa.

Protocolo de Evaluación

Todos los diagnósticos fueron establecidos administrando las siguientes entrevistas diagnósticas: la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I-CV; First, Spitzer, Williams, y Gibbon, 1999), es una entrevista semiestructurada administrada por el clínico; la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1999), entrevista diagnóstica semiestructurada que permite evaluar de forma categorial y dimensional el EJE II y, por último, también se utilizó la Entrevista Estructurada para los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV (ADIS-IV; Brown, Di Nardo, y Barlow, 1994), entrevista estructurada es utilizada para evaluar todo tipo de trastornos de ansiedad.

Los síntomas generales de ansiedad y depresión fueron evaluados a partir de la Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS; Hamilton, 1960; Ramos-Brieva, 1986) y la Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS; Hamilton, 1959; Lobo y Chamorro, 2002), escalas heteroaplicadas por el propio psicólogo que evalúan tanto la sintomatología como la gravedad/intensidad del episodio depresivo o de la ansiedad que experimenta el propio paciente. Además, también se administraron para evaluar ambas dimensiones los siguientes autoinformes: el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996; Sanz, Perdígón, y Vázquez, 2003), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck y Steer, 2011), la Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) y la Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS). Adicionalmente, también quisimos evaluar el afecto positivo y negativo de los participantes, por ese motivo se incluyó en el protocolo de evaluación la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Watson, Clark, y Tellegen, 1988; Sandin *et al.*, 1999).

Por otro lado, también tuvimos en cuenta el índice de calidad de vida, administrando el Índice de calidad de Vida en Español (QLI- sp; Mezzich *et al.*, 2000), y el grado de inadaptación e interferencia que ha provocado el propio trastorno del paciente, incluyendo en el protocolo la Escala de Inadaptación (EI; Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). Finalmente, quisimos evaluar las dimensiones de personalidad de los pacientes, de tal modo que incluimos en el protocolo el Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI; Costa y McCrae, 1999).

Análisis de datos

Para llevar a cabo los análisis estadísticos pertinentes se utilizó el paquete estadístico SPSS en su versión 21.0. Además de la estadística descriptiva de los miembros del grupo experimental, se compararon los resultados de las medidas de autoinforme antes y después del. Por otro lado, se comparó la información clínica relevante respecto al pretratamiento y al posttratamiento para comprobar si ha habido avances en cuando al estado clínico de los participantes.

Se eligieron las pruebas estadísticas no paramétricas debido a la pequeña muestra de la que disponíamos y a que desconocemos si es válido suponer que los datos se ajustan a

una distribución normal. Concretamente, se utilizó la prueba de Wilcoxon para comparar la media de dos muestras relacionadas, señalando los resultados que han obtenido diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$). Además, para calcular el tamaño del efecto entre las medias se calculó la d de Cohen (1988).

Resultados

Resultados de carácter Cuantitativo

Tal y como indican los datos se puede afirmar que el 75 % de los participantes dejaron de cumplir criterios de su diagnóstico principal al finalizar el tratamiento, mientras que el 100 % de los participantes dejó de cumplir criterios del diagnóstico secundario en la evaluación postest. En la siguiente tabla (Tabla 1), se presentan las medias y desviaciones típicas de las medidas administradas antes y después del tratamiento, además de la comparación de medias (z) y el tamaño del efecto (d).

Tabla 1
Resultados respecto a las medias, desviaciones típicas, Test de Wilcoxon, nivel de significación y tamaño del efecto de las medidas clínicas administradas en la muestra del estudio. Comparación del pretratamiento y el postratamiento

MEDIDAS CLÍNICAS	PRE	POST	PRE-POST	
	MEDIA (DT)	MEDIA (DT)	Z	D
EEAG (EJE V)	47,87 (6,17)	66,50 (8,73)	-2,524*	-2,464
Beck Depression Inventory	15,37 (11,86)	9,50 (8,21)	-2,117*	0,575
Beck Anxiety Inventory	20,00 (10,12)	13,25 (11,20)	-2,201*	0,632
Escala de Inadaptación	14,37 (6,61)	9,12 (6,31)	-1,684	0,812
Índice de Calidad de Vida	6,538 (1,02)	6,20 (1,00)	-0,338	0,326
PANAS				
Escala Positiva	23,37 (6,16)	26,37 (7,08)	-1,540	-0,452
Escala Negativa	18,37 (5,95)	17,62 (3,50)	-0,421	0,153
NEO-FFI				
Neuroticismo	22,38 (8,56)	23,75 (7,32)	-0,511	-0,172
Extraversión	31,50 (4,14)	30,75 (4,26)	-0,085	0,178
Apertura	24,50 (9,54)	25,00 (8,26)	-0,169	-0,056
Amabilidad	35,63 (2,06)	32,75 (3,80)	-2,207*	0,942
Responsabilidad	30,38 (6,63)	29,75 (6,64)	-0,690	0,094
Escala de Depresión de Hamilton				
Melancolía	5,37 (3,33)	2,87 (2,29)	-2,040*	0,874
Sueño	2,00 (1,19)	1,25 (1,98)	-1,298	0,459

MEDIDAS CLÍNICAS	PRE	POST	PRE-POST	
	MEDIA (DT)	MEDIA (DT)	Z	D
Ansiedad	2,50 (1,60)	1,37 (1,18)	-1,594	0,803
Total	11,00 (4,27)	5,87 (4,76)	-2,389*	1,134
Escala de Ansiedad de Hamilton				
Psíquica	9,25 (4,62)	6,12 (3,97)	-1,535	0,726
Somática	8,25 (5,11)	4,50 (4,37)	-2,375*	0,788
Total	17,50 (8,33)	10,62 (8,21)	-2,319*	0,831
ODSIS	5,00 (3,85)	3,12 (4,12)	-2,014*	0,471
OASIS	8,25 (3,05)	6,37 (3,73)	-2,280*	0,551

* $p < .05$; DT: Desviación típica.

Tal y como se puede observar en la tabla 1, las diferencias entre medias antes y después de la intervención han resultado significativas ($p < 0.05$) en muchas de las medidas administradas: en el BDI, el BAI, la subescala de Amabilidad del NEO-FFI, la puntuación total de la HDRS y su subescala Melancolía, la puntuación total del HARS y su subescala Somática, y el ODSIS y OASIS. Por lo que respecta al tamaño del efecto, se puede considerar que el valor es moderado en el BDI ($d=0,575$), en el BAI ($d=0,632$), en el ODSIS ($d=0,471$) y en el OASIS ($d=0,551$); mientras que se considera como diferencias muy grandes las de la dimensión Amabilidad ($d=0,942$), las reflejadas en las puntuaciones de la HDRS ($d=1,134$), y las de la escala HARS ($d=0,831$).

Nos pareció relevante incluir la valoración del clínico en la Escala de evaluación de la actividad global (EEAG). La diferencia en este aspecto ha resultado ser también significativa ($p < 0.05$), aumentando de forma positiva la actividad psicológica, social y laboral de gran parte de los participantes en el grupo. Por lo que respecta al tamaño del efecto de esta variable, también puede considerarse que su valor es muy grande ($d=-2,464$).

En referencia a los resultados obtenidos en la escala PANAS, a pesar de no resultar significativa, se observa una tendencia a aumentar de las puntuaciones de la escala de Afecto Positivo, mientras que en la escala del Afecto Negativo se produce una tendencia a disminuir.

Resultados de carácter Cualitativo

En primer lugar, en cuanto a los objetivos que se marcaron en la primera sesión del tratamiento, todos los miembros de la terapia afirmaron que «totalmente» o «en cierta medida», se habían aproximado a las conductas objetivo que se propusieron al inicio del tratamiento. Cabe destacar que la mayoría de los objetivos planteados por los participantes tienen relación, como era lo esperado, con la RE y con la tolerancia y/o manejo de determinadas circunstancias generados de estrés. En segundo lugar, por lo que respecta a la satisfacción de los participantes con el tratamiento, se puede confirmar que el tratamiento ha tenido una gran aceptación entre los participantes. En general, se ha calificado como «excelente» la calidad del tratamiento, encontrando el tipo de intervención psicológica que buscaban y manifestando su elevada satisfacción con el tratamiento. La muestra de participantes en su totalidad, afirman que «re-

comendarían dicho tratamiento», y que «probablemente/seguramente» volverían a elegir un tratamiento en formato grupal dados los beneficios conseguidos. Por último, los participantes han indicado que las técnicas y contenidos tratados durante el tratamiento les han servido «bastante o mucho» en cuanto a la mejoría en su RE, obteniendo una media todas ellas entre 8,25 y 9,62, en un rango entre 0 y 10. Los contenidos más útiles, según las calificaciones de los participantes han sido: el concepto de la conciencia emocional centrada en el presente sin juzgar, y el entrenamiento en identificar las estrategias de evitación emocional que utilizaban ante el temor a que se descontrolaran las emociones.

Discusiones y Conclusiones

Teniendo en cuenta los resultados preliminares de nuestro estudio se puede considerar que, el PUTTE aplicado en formato grupal ha resultado eficaz para el tratamiento de los TE. Teniendo en cuenta que sólo se pueden valorar los datos entre los momentos pre-post, se han observado mejoras clínicas estadísticamente significativas con un moderado y gran tamaño del efecto, por lo que respecta a los trastornos diagnósticos.

El PUTTE ha resultado eficaz tanto para los diagnósticos principales como para los comórbidos. Este dato iría en la línea de la teoría de Brown y Barlow (2009) respecto a la existencia de dimensiones principales comunes entre los distintos TE, por ello, al tratar lo que tienen en común, los problemas en la RE, se producen mejorías en los diagnósticos principales y en los comórbidos.

Se han producido mejorías estadísticamente significativas en niveles de ansiedad (BAI, HARS y OASIS) y depresión (BDI, HDRS y ODSIS), y se puede apreciar una tendencia al aumento del Afecto Positivo, y en mayor medida una tendencia en disminución del Afecto Negativo, con el PANAS. Estos cambios siguen en la línea de los obtenidos en el estudio de Ellard *et al.* (2010) en el que también se encontraron diferencias significativas en el Afecto Negativo pero no en el Positivo. Cabe mencionar al respecto que el objetivo central del PUTTE es la reducción del Afecto Negativo (Neuroticismo) y no el aumento del Afecto Positivo (Barlow, Sauer-Zavala, Carl, Ellard, y Bullis, 2013), no obstante, se aprecian mejorías significativas en variables importantes como la calidad de vida y la adaptación.

El PUTTE aplicado en formato grupal ha proporcionado datos similares (o superiores) en cuanto a eficacia, en comparación con otros estudios sobre dicho protocolo. Los resultados clínicos y de aceptabilidad por parte de los participantes de este tratamiento en formato grupal, pueden suponer una alternativa eficaz y eficiente para el tratamiento de los TE, de gran prevalencia en nuestra sociedad. Si se replican estos resultados en estudios controlados en el futuro, podría significar la reducción de listas de espera en las unidades de salud mental, reducción también de tiempos de tratamiento y, por tanto, de los costes sanitarios. Teniendo en cuenta los excelentes resultados obtenidos en dicho estudio, es necesario continuar esta línea de investigación realizando las evaluaciones fijadas a los 3, 6 y 12 meses a los participantes de este estudio, y realizando nuevas intervenciones grupales basadas en el PUTTE utilizando diseños experimentales, para comprobar y poder afirmar que este tratamiento, aplicado en formato grupal, es eficaz para los trastornos emocionales.

Referencias Bibliográficas

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernet, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H. *et al.* (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the european Study of the epidemiology of Mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (s420): 21–27.
- Ato, M. y Vallejo, G. (2012). *Diseños experimentales en psicología*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Barlow, D. H., y Craske, M. G. (2006). *Mastery of your anxiety and panic: Patient workbook* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Farchione, T. J. y Fairholme, C. P. (2009). *Unified protocol for the treatment of emotional disorders: Modular Version 3.0*. Unpublished treatment manual.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B. *et al.* (2011). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook. New York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., *et al.* (2011). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. New York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S. E., Carl, J. R., Ellard, K. K., y Bullis, J. R. (2013). The origins, diagnosis, y treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*. 1–22.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory–II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (2011). *Manual*. BAI. *Inventario de Ansiedad de Beck (Adaptación española: Sanz, J.)*. Madrid: Pearson Educación.
- Boisseau, C. L., Farchione, T., Fairholme, C. P., Ellard, K. E., y Barlow, D. H. (2010). The development of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 102-113.
- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21, 256-271.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV). Adult and Lifetime version*. *Clinical Manual*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., y Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6, 587–595.
- Chorpita, B. F., y Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3-21.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd. edit., Hillsdale, N. J., Erlbaum (primera edición, 1977 New York: Academic Press).
- Costa, P. T., y McCrae, R. R. (1999). *Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R). Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Eaton, W. W., Martins, S. S., Nestadt, G., Bienvenu, O. J., Clarke, D., y Alexandre, P. (2008). The burden of mental disorders. *Epidemiologic Reviews*, 30, 1-14.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.

- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T., y Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 88-101.
- El coste social de los trastornos de salud en España. Libro Blanco Estudio Socioeconómico (1998). Madrid, 1998. Citado en: Seva A. El coste de las patologías psiquiátricas en España: Un seguimiento de 26 años y 10.974 ingresos en una Unidad Psiquiátrica de Corta Estancia de un hospital general. *Eur. J. Psychiat. (Ed. esp.)*. [Periódico en la Internet]. 2002 Mar; 16(1): 57-67.
- El coste social de los trastornos de salud mental en España (1998) Madrid: Ofi salud, Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief. Citado en: Enfermedades mentales. La aportación de los medicamentos al tratamiento de la depresión. *El valor del medicamento*. Abril 2002.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl J. R., et al. (2012). The unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 3, 666-678.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a transdiagnostic theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 41, 509-528.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer R. L., Williams, J. B. y Benjamin L. S. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. y Gibbon, M. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión clínica (SCID-I/VC)*. Barcelona: Masson.
- Gross, J. J., y Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hofmann, S. G., y Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 621-632.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Demler, O., Jin, R., y Walters, E. E. (2005a). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Lobo A., y Chamorro L. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin (Bar)*. 118 (13):493-9.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., y Turk, C. L. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281-1310.
- Mezzich, J. E., Ruipérez, M. A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J. y Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the Quality Of Life Index: presentation and validation. *J. NervMent Dis*, May, 188 (5) 301-5.
- Norman, S. B., Hami-Cissell, S., Means-Christensen, A. J. y Stein, M. B. (2006). Development and Validation of an Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) *Depress Anxiety*; 23: 245-249.
- Norton, P. J., y Hope, D. A. (2002). Anxiety treatment program: Therapist manual. Unpublished treatment manual.

- Norton, P. J., y Price, E. P. (2005). Anxiety treatment program: Client manual. Unpublished treatment manual.
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H. U., y Jonsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *Eur J Neurol*, 19:155-162.
- Ramos-Brieva, J. C, A (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr.* (14): p.324-334.
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S. D., y Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 71–88.
- Sandin, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Sanz, J., Perdigón, L. A., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Watson, D., Clark, L. A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063–1070.