

Revisión

Revisión sistemática de estudios de resultados sobre el tratamiento de la disregulación emocional desde un paradigma transdiagnóstico

CAMILA FLORENCIA CREMADES, CRISTIAN JAVIER GARAY, MARTÍN JUAN ETCHEVERS

CAMILA FLORENCIA CREMADES
Licenciada en Psicología.
Universidad de Buenos Aires
(UBA).
Buenos Aires,
R. Argentina.

CRISTIAN JAVIER GARAY
Doctor en Psicología.
Universidad de Buenos Aires
(UBA).
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

MARTÍN JUAN ETCHEVERS
Doctor en Psicología.
Universidad de Buenos Aires
(UBA).
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 08/03/2019
FECHA DE ACEPTACIÓN: 25/05/2019

CORRESPONDENCIA
Lic. Camila Florencia Cremades.
La Calandria 2155,
Villa Adelina, 1607.
Buenos Aires, R. Argentina;
camilacremades@psi.uba.ar

Distintos estudios epidemiológicos han informado que la comorbilidad entre trastornos mentales es muy frecuente. Nuevas teorías y evidencia señalan que habría procesos subyacentes y comunes implicados en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales. Es por esto, que en los últimos años se desarrollaron protocolos transdiagnósticos (o unificados) para ser aplicados a sujetos con diagnósticos de distintos trastornos. El presente estudio pretende reseñar los estudios de eficacia de protocolos unificados (o transdiagnósticos) realizados en los últimos años. Los resultados muestran que tales protocolos están asociados con mejoras sintomáticas tanto en diagnósticos principales como comórbidos, con mejores resultados que lista de espera y progresos comparables a protocolos basados en evidencia para trastornos específicos. La posibilidad de aplicarlos a grupos heterogéneos los convierte en una buena opción para los sistemas de salud pública. De todos modos, las pequeñas muestras y limitaciones metodológicas sugieren la necesidad de más estudios controlados.

Palabras clave: Tratamientos transdiagnósticos – Protocolo unificado – Trastornos emocionales.

Systematic Review of Studies Results on the Treatment of Emotional Dysregulation from a Transdiagnostic paradigm

Different epidemiological studies have reported that comorbidity in mental disorders is very frequent. In the field of emotional disorders, new theories and evidence point to underlying and common processes involved in their development and maintenance. This is why, in recent years, transdiagnostic (or unified) protocols have been developed to be applied to subjects with different diagnoses. The present study aims to review outcome studies of unified (or transdiagnostic) protocols carried out in recent years. The results show that such unified protocols are associated with symptomatic improvements in both main and comorbid diagnoses, better results than waiting list and progress comparable to evidence based protocols for specific disorders. The possibility of applying them to heterogeneous groups makes them a good option for public health systems. However, small samples and methodological limitations suggest the need for more controlled studies.

Keywords: Transdiagnostic Treatments – Unified Protocol – Emotional Disorders.

Introducción

Diversos estudios epidemiológicos han mostrado que una gran proporción de las personas que están diagnosticadas con algún trastorno mental presenta una comorbilidad con otro trastorno. Por ejemplo, un estudio de comorbilidad nacional en Estados Unidos encontró que el 56% de todos los adultos entre 15 y 54 años diagnosticados con un trastorno crónico experimentaron por lo menos un trastorno más [26]. Y en un estudio en Europa (Bélgica, Alemania, Francia, Italia, España y los Países Bajos) [1] se hallaron valores muy altos de comorbilidad para trastornos de ansiedad: agorafobia (81.0 %), trastorno de ansiedad generalizada (69.4%) y pánico (63.8 %). A su vez, las personas que cumplen criterios para un mismo diagnóstico, siguiendo sistemas diagnósticos operativos como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), son muy heterogéneas entre sí.

Los protocolos con apoyo empírico desarrollados en el ámbito de la investigación clínica, típicamente apuntan a un trastorno del DSM en particular. Con el tiempo, se fueron caracterizando como protocolos individuales que contienen estrategias específicas dirigidas a entidades patológicas bien delimitadas [3]. Pero la mayoría de los individuos que buscan un tratamiento presentan comorbilidad y algunos incluso no cumplen los criterios de un cuadro específico [17].

Estas limitaciones de los tratamientos con apoyo empírico para responder a las necesidades particulares de cada paciente, sumadas a la imposibilidad de los psicólogos de aprender los innumerables protocolos desarrollados, llevaron a la propuesta de un nuevo paradigma. Actualmente, dentro de la comunidad científica la tendencia está virando de una aproximación basada en trastornos específicos —que prescribe diferentes intervenciones para trastornos definidos— hacia un creciente interés por los procesos psicológicos subyacentes a diferentes entidades nosológicas que contribuyen a la etiología y/o mantenimiento de la psicopatología [11, 12]. Esta perspectiva transdiagnóstica se destaca por ocuparse de las comorbilidades psiquiátricas y se basa en

segregar los principios de los tratamientos más que en desarrollar nuevos protocolos [24]. Es así como constituye las bases de un acercamiento funcional al tratamiento, que trasciende los límites de las clasificaciones categoriales.

Siguiendo este enfoque, Frank y Davidson [17] definen los mecanismos transdiagnósticos como: vulnerabilidades subyacentes y patrones de respuesta, que son hipotetizados como disparadores y mantenedores de síntomas cognitivos, comportamentales, emocionales y fisiológicos, a través de diversas categorías diagnósticas. Estos mecanismos transdiagnósticos deben ser rastreados en una formulación del caso que tenga en cuenta las características particulares de cada individuo, para así elegir las intervenciones que mejor se ajusten a él.

En esta línea, la disregulación emocional puede ser pensada como un constructo transdiagnóstico. Sloan y colaboradores [44] lo han descrito como el uso de estrategias para regular las emociones (e.g., rumiación, supresión y evitación) se presenta en un gran rango de trastornos mentales, tales como ansiedad, depresión, abuso de sustancias, desórdenes alimentarios y trastorno límite de la personalidad. A su vez, Barlow, Allen y Choate [3] han observado que los tratamientos psicológicos actuales, destinados a entidades específicas, tienen efectos positivos no sólo sobre los trastornos para los que fueron creados, sino también sobre las condiciones comórbidas

Emociones y disregulación emocional

Parece muy acertada la expresión de Fehr y Russell [16] según la cual todos creen saber qué es una emoción hasta que se les pide dar una definición; entonces nadie lo sabe. Por el momento, no se ha llegado a un consenso general, sin embargo, una revisión sobre los modelos de emociones más influyentes [2] indicó que hay un cierto consenso en torno a cuatro criterios clave: 1) las emociones son fenómenos de muchos componentes, 2) las emociones son procesos de dos pasos que incluyen mecanismos de evocación de la emoción que producen respuestas emocionales, 3) las emociones tienen objetos relevantes, 4) las emociones tienen

una duración corta comparadas con otros fenómenos afectivos.

Las primeras definiciones de emociones se podrían rastrear en Aristóteles cuando utiliza el término *pathê* entendido como esas cosas que dan cuenta del cambio de las personas y diferencias con relación a su juicio, las cuales se refieren al dolor y el placer [40].

Actualmente diversos autores intentan explicar qué son las emociones. LeDoux [29], por un lado, conceptualiza a las emociones como la activación de circuitos de supervivencia que llevan a conductas de acercamiento / evitación. De este modo, estímulos aversivos (como una serpiente) podrían elicitar conductas de escape, mientras que estímulos apetitivos (como comida) podrían activar conductas de acercamiento. Por otro lado, Damasio [9] plantea que el término emoción se refiere a reacciones bio-reguladoras que apuntan a promover la clase de estados fisiológicos que buscan nuestra supervivencia y bienestar. Estas reacciones estarían constituidas por un conjunto de respuestas químicas y neurales que produce el cerebro, de forma automática, al detectar la presencia de un estímulo emocionalmente competente. Mientras que los sentimientos sería la representación mental de los cambios fisiológicos ocurridos durante una emoción.

Desde un paradigma más contextual, autores como Hareli y Parkinson [22] trabajan las denominadas emociones sociales. Las mismas (e.g. vergüenza, envidia, celos, admiración, culpa, gratitud, lástima), emergen típicamente en situaciones sociales y pueden servir para regular la conducta social, generar respuestas sociales en otros, o alcanzar metas sociales. Asimismo, el modo en que un individuo valora un evento puede ser condicionado por la forma en que otro individuo evalúa el mismo evento [33]. Por ejemplo, si cada vez que nos acercamos a un acantilado nuestros padres nos gritan que no vayamos tan al borde porque nos podemos caer, entonces es más probable que en un futuro percibamos a los acantilados como peligrosos.

Pese a que definir las emociones no parece ser algo sencillo ni algo en lo que todos acuerden, sí se puede acordar que las emociones son parte del día a día y tienen un

gran valor adaptativo. Como explica Barlow [4], son necesarias para interpretar las situaciones en las que los sujetos están inmersos y generalmente los motivan a actuar de modo útil. Para entender cuándo se vuelven problemáticas o interfieren con su vida, hay que analizar el contexto o la situación en los que emergen estas emociones y conductas. Dado que las emociones se pueden volver un problema cuando son exageradas en intensidad, persisten por largos periodos o son evocadas fuera de contexto [2].

El concepto de regulación emocional es muy complejo y ha tenido diferentes definiciones a través del tiempo. En el trabajo de Gratz y Roemer [19] se conceptualiza el constructo como: a) la conciencia y entendimiento de las emociones, b) la aceptación de las emociones, c) la habilidad de controlar conductas impulsivas y actuar acorde a metas deseadas cuando se experimentan emociones negativas, y d) la habilidad de utilizar estrategias de regulación emocional flexibles y adecuadas para modular las respuestas emocionales con el fin de lograr metas individuales y responder a las demandas situacionales.

En cuanto a la explicación de por qué algunas personas presentan dificultades para regular sus emociones se encuentran aportes de autores como Linehan, Gross y John y Rothbart y Rueda. Para empezar, Linehan [30] introdujo el término de ambiente invalidante. Dicho constructo refiere a ambientes en los que las comunicaciones de experiencias privadas se encuentran con respuestas erráticas, inapropiadas y extremas. La interpretación del individuo sobre su comportamiento, incluyendo las experiencias motivacionales asociadas, es desestimada. La invalidación tiene dos características principales: 1) le dice al individuo que se equivoca, tanto en su descripción como en el análisis de sus propias experiencias, particularmente en su visión de cuál es la causa de sus emociones, creencias y acciones; 2) atribuye sus experiencias a características de rasgos de personalidad socialmente inaceptables. Las consecuencias de estos ambientes invalidantes son que el sujeto no aprende a etiquetar las experiencias privadas, incluyendo las emociones, de una manera normativa en la sociedad que le sirva para futuras experiencias

similares. Tampoco aprende a modular la activación emocional. Por otro lado, al restar importancia a los problemas y emociones, no aprende a tolerar el malestar o a formular expectativas y metas realistas. A su vez, para recibir una respuesta de ayuda suele ser necesaria la exhibición extrema de emociones. Al castigar la comunicación de emociones negativas y reforzar las respuestas exageradas, el ambiente le enseña al sujeto a oscilar entre conductas inhibitorias y estados emocionales extremos, al mismo tiempo que le impide aprender cuándo debe confiar en sus propias emociones y respuestas cognitivas, por lo que la persona buscará en su ambiente indicadores de cómo pensar, sentir y actuar.

Por otro lado, Gross y John [21] plantean el mantenimiento de estrategias de regulación emocional desadaptativas en relación con un déficit en la tolerancia a particulares experiencias emocionales. Muchas personas en el inicio de un estado emocional lo aprecian como intolerable y consecuentemente lo evitan u ocultan. Estas diferentes tendencias personales en la elección de estrategias de regulación fueron nombradas por los autores como estilos afectivos. De este modo, las personas que tienden a apoyarse en la supresión emocional como estrategia de regulación emocional presentan peor funcionamiento social, mayor malestar y suelen adoptar estrategias desadaptativas para situaciones estresantes.

Finalmente, desde una mirada neurobiológica se puede abordar la regulación emocional como función ejecutiva involucrada en la inhibición de respuestas dominantes [41]. Como marcan Rothbart y Rueda [41], esta regulación estaría relacionada con procesos en el cortex prefrontal y el cortex anterior singular. Siguiendo esto, hay teorías que explican la desregulación emocional como causa de impulsividad y disfunción fronto-límbica. A mayor actividad del sistema límbico, menor capacidad de áreas frontales para inhibir respuestas conductuales [36]. En apoyo a esto, una investigación de Crowell, Beauchaine y Linehan [7] muestra que tras dar instrucciones de regulación emocional, se presentaron cambios en la actividad prefrontal y de la amígdala.

En consideración de lo expuesto, se afirma que la desregulación emocional es un proceso complejo que tiene su origen en una interrelación entre factores neurobiológicos propios de cada sujeto, una historia de aprendizaje y un contexto invalidante en el cual ha sido criado.

Desregulación emocional como proceso transdiagnóstico

La premisa subyacente a los tratamientos transdiagnósticos es que los puntos en común entre entidades nosológicas superan a las diferencias y que tratando las funciones compartidas se conseguirá mayores beneficios que enfocando las entidades específicas [3]. La desregulación emocional es un proceso prominente en más de la mitad de los desórdenes mentales clasificados [2]. Es por esto que los tratamientos para la desregulación emocional pensada como un proceso transdiagnóstico puede traer varias ventajas.

Encarar la psicopatología desde un marco teórico transdiagnóstico ayuda a la comprensión conceptual de los patrones complejos de comorbilidad entre diagnósticos, por ello, puede aportar información valiosa para la formación de tratamientos unificados de desórdenes comórbidos en simultáneo y consecuentemente para mejorar la eficiencia del tratamiento y su fidelidad en la implementación [44]. La unificación de tratamientos también facilitaría la tarea de los terapeutas al minimizar la necesidad de aprender múltiples protocolos para trastornos específicos [3]. Así, se facilitaría la diseminación y entrenamiento enfocado en un conjunto de principios terapéuticos.

También es posible que alentar a los pacientes a aplicar las estrategias aprendidas en sus experiencias emocionales en general, los lleve a ser más flexibles y creativos en el repertorio de herramientas. De este modo, los tratamientos unificados serían más eficientes para condiciones comórbidas que la implementación secuenciada de protocolos para trastornos específicos [34].

El estudio de tratamientos de la desregulación emocional como proceso transdiagnóstico tiene, por lo tanto, una implicación significativa tanto para la eficiencia del tratamiento como para su traslación al ámbito clínico [44].

Estas consideraciones llevaron al desarrollo de los llamados tratamientos transdiagnósticos [34, 14] o protocolos unificados [5]. Fairburn y su equipo [14], propusieron que distintos trastornos de la conducta alimentaria establecidos en el DSM (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno atípico de la alimentación) comparten los procesos que los mantienen. Sobre esta base, desarrolló junto a su equipo una teoría transdiagnóstica de los trastornos de la alimentación y un tratamiento acorde [23].

Por otro lado, Norton [38] desarrolló una terapia grupal transdiagnóstica para trastornos de ansiedad. La misma utiliza las estrategias comunes de las terapias cognitivo conductuales (e. g. reestructuración cognitiva, exposición) para trabajar factores subyacentes al desarrollo y mantenimiento de dichos trastornos.

Por su parte, con el foco en la desregulación emocional, Barlow y colaboradores [5] desarrollaron el protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los desórdenes emocionales (e. g. trastornos de ansiedad, trastornos del estado del ánimo, trastorno límite de la personalidad). El mismo es una intervención cognitivo conductual que apunta a tratar las características temperamentales subyacentes a la ansiedad, el humor y desórdenes relacionados. Estos trastornos, referidos como desórdenes emocionales dada la frecuencia con que ocurren y la intensidad de las emociones negativas que lo acompañan, son mantenidos por reacciones aversivas a las experiencias emocionales que implican esfuerzos por escapar o evitarlos. Debido a esto, el protocolo unificado contiene cinco módulos centrales de tratamiento que son adaptados de estrategias tradicionales de terapias cognitivo conductuales. En los mismos se trabaja: a) el incremento de la toma de conciencia presente de la emoción, b) el incremento de flexibilidad cognitiva, c) la identificación y prevención de patrones de evitación emocional y conductas desadaptativas disparadas por emociones, d) el incremento de la toma de conciencia y tolerancia de las sensaciones físicas que acompañan a las emociones, y e) exposición emocional interoceptiva y en situación. Estos módulos son precedidos por un trabajo sobre la moti-

vación y adherencia al tratamiento y por brindar información a los pacientes para que entiendan sus procesos emocionales. Un módulo final consiste en evaluar el progreso y trabajar la prevención de recaídas.

Objetivo general

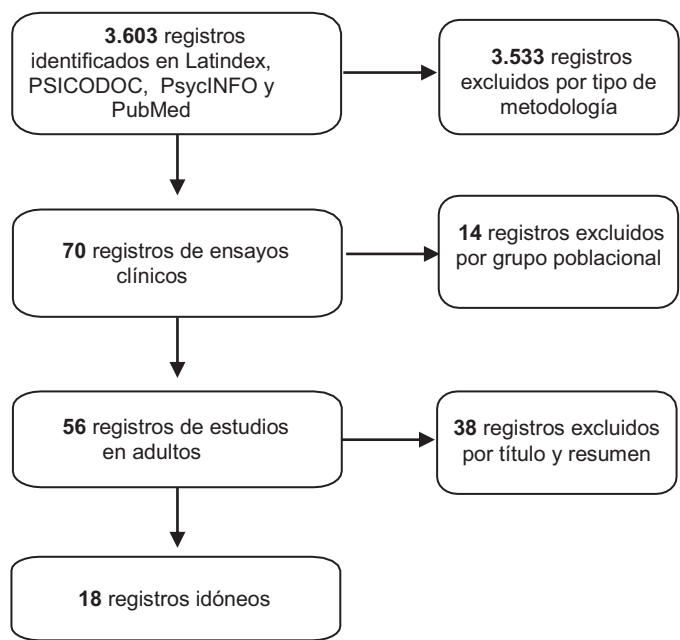
El presente trabajo busca explorar y dar cuenta de las investigaciones realizadas a nivel internacional sobre la eficacia de los protocolos transdiagnósticos en el tratamiento de la desregulación emocional y otros procesos subyacentes relacionados.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de ensayos clínicos aleatorizados y estudios pre-post tratamiento que analizan la eficacia de distintos tratamientos transdiagnósticos para personas con desregulación emocional.

La búsqueda sistemática se realizó en portales científicos como: Latindex (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal), PSICODOC (Base de datos de bibliografía de psicología), PsycINFO (American Psychological Association) y PubMed Central (U.S. National Institutes of Health's National Library of Medicine), utilizando los siguientes términos de búsqueda: *emotional dysregulation, transdiagnostic treatment, transdiagnostic protocol, unified protocol, desregulación emocional, tratamientos transdiagnósticos, protocolo transdiagnóstico, protocolo unificado*.

Los criterios de inclusión para la revisión fueron los siguientes: a) que los estudios hayan sido publicados en revistas científicas entre los años 2008 y 2018, b) que los participantes cumplieran criterios diagnósticos para más de un trastorno específico de ansiedad y/o un trastorno del estado del ánimo, c) que los participantes presentaran comorbilidad, d) que los participantes fueran adultos y e) que los protocolos de tratamiento sean aplicados a múltiples desórdenes tanto de manera individual como grupal. Se excluyeron aquellos artículos centrados en poblaciones específicas como veteranos de guerra o sobrevivientes de catástrofes.



Cuadro 1. Diagrama de flujo (proceso de búsqueda de ensayos clínicos aleatorizados y estudios pre-post tratamiento sobre eficacia de tratamientos transdiagnósticos para personas con desregulación emocional)

Resultados

Se hallaron 7 ensayos clínicos aleatorizados y controlados y 11 ensayos clínicos no controlados, publicados entre los años 2008 y 2018, que evalúan la eficacia de tratamientos transdiagnósticos para la regulación emocional. A continuación, se describirán las principales características de los estudios incluidos en la revisión.

El equipo de investigación conformado por Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione y Barlow [13], de la Universidad de Boston, realizó dos ensayos abiertos para estimar la eficacia del protocolo unificado (UP, por sus siglas en inglés) mediante tomas pre-post tratamiento. En el primer ensayo (prueba piloto) se administró una versión inicial del UP a una muestra clínica heterogénea con altas tasas de comorbilidad. La muestra final estuvo conformada por 18 participantes, entre 18 y 54 años, cuyos diagnósticos incluían trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastorno de ansiedad social (TAS), trastorno

de estrés post traumático (TEPT), trastorno de pánico con agorafobia (TPA) y trastorno depresivo mayor (TDM). Los mismos fueron reclutados en un grupo de pacientes llegados a la universidad en busca de tratamiento. Los criterios de exclusión fueron: ideación suicida significativa, dependencia de sustancias o historial de manía o psicosis. A los participantes se les administró una serie de cuestionarios de autoreporte antes de iniciar el tratamiento y al finalizar el mismo. Los tests administrados fueron: *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV- Lifetime Version* (Entrevista diagnóstica estructurada sobre trastornos de ansiedad para DSM-IV versión curso vital [ADIS-IV-L]), *Beck Depression Inventory - II* (Inventario de depresión de Beck II [BDI-II]), *Beck Anxiety Inventory* (Inventario de ansiedad de Beck [BAI]), *Positive and Negative Affect Scale* (Escala de afecto positivo y negativo [PANAS]), *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised* (Inventario de obsesiones y compulsiones- revisado [OCI-R]), *Panic Disorder Severity Scale* (Escala de gravedad de pánico [PDSS-SR]),

Penn State Worry Questionnaire (Inventario de preocupación de Pensilvania [PSWQ]), *Social Interaction Anxiety Inventory* (Escala de ansiedad en interacción social [SIAS]) y el *Work and Social Adjustment Scale* (Escala de adaptación laboral y social [WSAS]). Luego los participantes asistieron a sesiones individuales en un promedio de 13 (rango 8-15), de 60 minutos. El tratamiento incluyó: psicoeducación sobre las emociones, alteración de errores cognitivos, prevención de evitación emocional y modificación de conductas guiadas por emociones. Los resultados mostraron una reducción significativa en frecuencia y severidad de los diagnósticos. Sin embargo, estos resultados fueron modestos ya que poco más de la mitad de los participantes demostró esta mejoría.

El segundo estudio abierto fue realizado tras una serie de modificaciones al UP. Se incorporaron herramientas de automonitoreo de las experiencias emocionales, se puso más énfasis en cómo los pensamientos influyen en las emociones, sensaciones físicas, conductas y viceversa y se incorporaron sesiones adicionales optativas en las que se afianzaba lo aprendido, también se agregó un seguimiento de 6 meses. En este estudio participaron 15 sujetos, entre 18 y 44 años, obtenidos de la misma forma. En esta ocasión los diagnósticos presentados eran TAS, TAG, TOC, TPA y TDM. Los inventarios administrados fueron los mismos con excepción del OCI-R que fue reemplazado por el *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Escala Yale-Brown para el trastorno obsesivo compulsivo [Y-BOCS]). A su vez, se agregaron el *Structured Interview Guide for the Hamilton Anxiety Rating Scale* (Entrevista Estructurada para la Escala de Ansiedad de Hamilton [SIGH-A]) y el *Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale* (Entrevista estructurada para la escala de depresión de Hamilton [SIGH-D]). En esta ocasión se realizaron sesiones individuales en un promedio de 17, de 60 minutos cada una. Los resultados fueron más robustos que en el estudio anterior con un 73% de la muestra obteniendo un estatus de respuesta y un 60% alcanzando la remisión y cifras aún más altas a los seis meses.

Farchione, Fairholme, Ellard, Boisseau, Thompson-Hollands, Carl y Barlow [15], de

la Universidad de Boston, llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado con grupo control para evaluar la eficacia del UP en el tratamiento transdiagnóstico de desregulación emocional. Los participantes fueron personas que acudieron a la Universidad de Boston en busca de tratamiento. Se tuvo como criterio de exclusión: diagnósticos de bipolaridad, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, desorden mental orgánico, riesgo suicida o historia de abuso de sustancias. La muestra terminó conformada por 37 participantes entre 19 y 52 años. Dentro de los diagnósticos presentados se incluían TAG, TAS, TOC, TPA y TEPT. Los sujetos fueron asignados de forma aleatoria al grupo tratamiento ($n = 26$) o a lista de espera ($n = 11$). El primer grupo fue evaluado antes del tratamiento, luego del mismo y a los seis meses. El tratamiento consistió en sesiones individuales de un máximo de 18, de 60 minutos. El grupo control solo fue evaluado al principio y fin del período de 16 semanas de lista de espera. Las baterías administradas en dicho estudio fueron el ADIS-IV-L, el SIGH-D, el SIGH-A, el BDI-II, el BAI, el WSAS, el PANAS, el PSWQ, el SIAS, el PDSS-SR y el Y-BOCS. En cuanto a los resultados, el 50% de los pacientes tratado con el UP alcanzó un estatus subclínico en su diagnóstico principal, y el 45% ya no cumplían criterios diagnósticos. Estas cifras fueron incluso mayores a los 6 meses. En comparación, ninguno de los pacientes en lista de espera mejoró. Este estudio aporta evidencia de la eficacia de un tratamiento transdiagnóstico, tanto para los trastornos principales como para las comorbilidades.

Un año más tarde, Maia, Braga, Nunes, Nardi y Silva [32], de la Universidad Federal de Río de Janeiro, evaluaron la eficacia del UP en formato grupal. Los participantes fueron personas llegadas voluntariamente al servicio de salud pública y en lista de espera para un tratamiento grupal. Los criterios de inclusión consistían en tener un diagnóstico de depresión y por lo menos un diagnóstico de ansiedad evaluados con el *Mini International Neuropsychiatric Interview* (Mini entrevista psiquiátrica internacional [MINI]), no haber tenido modificaciones en la medicación o dosis en los cuatro meses previos y durante

el protocolo, tener la suficiente habilidad cognitiva para comprender las instrucciones y ser mayor de 18 años. La muestra terminó conformada por 16 sujetos, entre 18 y 58 años, de los cuales todos presentaban TDM, 13 cumplían criterios para TAG, 3 para trastorno por pánico (TP), 1 para TAS y 1 para TEPT. Los mismos fueron divididos en dos grupos, de 8 personas, y recibieron 12 sesiones de dos horas cada una. Los inventarios utilizados fueron: MINI, BDI, BAI, el *World Health Organization Instrument for the Assessment of Quality of Life* (Instrumento de la Organización Mundial de la Salud para medir calidad de vida [WHOQoL-bref]) y la *ARIZONA Scale of Sexual Function* (Escala de Arizona de función sexual [ASEX]). Al finalizar el tratamiento se encontraron mejoras significativas ($p < .005$) en todas las áreas evaluadas.

El mismo año, Mohammadi, Birashk y Gharaie [35], de la Universidad de Ciencias Médicas de Teherán, Irán, llevaron adelante un estudio comparando los resultados de una terapia grupal transdiagnóstica (UP) contra una terapia grupal cognitiva clásica [18]. Los participantes fueron estudiantes de grado que puntuaban por lo menos 18 en la subescala de depresión y por lo menos 16 en la subescala de ansiedad en la *Depression, Anxiety, and Stress Scale* (Escala de depresión, ansiedad y estrés [DASS-42]). Como criterio de inclusión se consideraron aquellos sujetos con trastornos de ansiedad, depresión, psicosomáticos y abuso de sustancias evaluados con el *The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV* (Entrevista diagnóstica estructurada sobre trastornos de ansiedad para DSM-IV [ADIS-IV]). La muestra terminó conformada por 33 sujetos, con una media de edad de 22.6 ($DE=3.1$), que fueron asignados aleatoriamente a terapia grupal transdiagnóstica ($n = 17$) y terapia grupal cognitiva clásica ($n = 16$). Cada grupo participó de una sesión de dos horas por semana por ocho semanas. Al final del tratamiento se encontraron mejorías significativas ($p < .005$) intragrupo en ambos grupos, en todas las áreas evaluadas, pero no se encontró ninguna significación ($p > .3$) intergrupo.

Paralelamente, Lotfi, Bakhtiyari, Farid, Asghar y Amini [31], de la Universidad de

Ciencias Médicas de Teherán, Irán, realizaron un estudio randomizado controlado comparando la eficacia del UP y tratamientos cognitivo conductuales para trastornos específicos. Los participantes fueron reclutados en clínicas psicológicas y psiquiátricas del Hospital de Taleghani en Teherán, Irán. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: ser mayor de 18 años, hablar persa fluido, dar consentimiento informado y poder asistir a todas las sesiones y evaluaciones, no poseer evidencia de demencia u otra discapacidad neurocognitiva, y no haber riesgo suicida o abuso de sustancias. La muestra final estuvo compuesta por 23 pacientes, con una edad promedio de 33.91 ($DE=7.51$), con TAG ($n = 9$), TAS ($n = 4$), TPA ($n = 1$), TANE ($n = 4$) y TDM ($n = 5$). 11 de los mismos fueron asignados aleatoriamente al grupo tratamiento (UP) y los 12 restantes recibieron tratamiento cognitivo conductual. El tratamiento en la condición transdiagnóstica recibió 8 sesiones de 45 minutos una vez por semana siguiendo el UP. El grupo control recibió 8 sesiones de 45 minutos por 8 semanas siguiendo manuales de tratamiento para trastornos específicos. Los inventarios utilizados fueron: PANAS y el *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (Cuestionario de regulación cognitivo emocional [CERQ]). Tanto el UP como los tratamientos cognitivo conductuales demostraron una reducción significativa ($p < .005$) en estrategias negativas de regulación cognitivo emocional y en afecto negativo. A su vez, se encontró un aumento significativo ($p < .005$) en las estrategias positivas de regulación cognitivo emocionales y en afecto positivo. En cuanto al análisis intergrupo, solo se encontró una diferencia significativa ($p < .005$) a favor del UP en incrementar el afecto positivo.

Por otro lado, Neacsu, Eberle, Kramer, Wiesmann y Linehan [37], de la Universidad de Whashington, realizaron un estudio randomizado controlado comparando los resultados del entrenamiento en habilidades de la terapia dialéctico conductual (DBT, por sus siglas en inglés) con un grupo de apoyo basado en actividades. Los participantes fueron 44 sujetos, con una edad promedio de 35.55 años, de un área metropolitana al noroeste de Estados Unidos. Criterios de

inclusión: mayores de 18 años, que puntúen más de 96 en la *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (Escala de dificultades de regulación emocional [DERS]) y que cumplan los criterios de por lo menos un trastorno depresivo o uno de ansiedad con el *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (Entrevista clínica estructurada para DSM-IV Eje I [SCID-I]). Los diagnósticos incluían: TDM, distimia, TP, TAG, TAS, FE (fobia específica), TOC y TEPT. Los participantes fueron asignados aleatoriamente en partes iguales a ambos grupos. Los 24 asignados a la terapia grupal dialéctico conductual asistieron una vez por semana por 16 semanas a sesiones de dos horas cada una y a una reunión individual con el terapeuta. En las primeras dos sesiones se trabajó con entrenamiento en *mindfulness*. Entre las sesiones 3 y 8 con técnicas para la regulación emocional (entender, identificar y nombrar emociones, reestructuración cognitiva, conducta opuesta a la vulnerabilidad). En la novena sesión se hizo un repaso de las técnicas de *mindfulness*. Entre los encuentros 10 y 13 se trabajó la tolerancia al malestar. Finalmente, en las últimas tres sesiones se trabajó la eficacia interpersonal. Las herramientas de evaluación utilizadas fueron: DERS, *DBT Ways of Coping Checklist* (Lista de verificación de formas de afrontamiento dialéctico comportamental [DBT-WCCL]), *Patient Health Questionnaire-9* (Cuestionario de salud del paciente [PHQ-9]) y el *Overall Anxiety Severity and Impairment Scale* (Escala general de severidad y discapacidad en ansiedad [OASIS]). El análisis reveló que durante el tratamiento los participantes en ambas condiciones reportaron menor desregulación emocional con el tiempo, pero aquellos que recibieron el tratamiento dialéctico conductual mejoraron significativamente más, en la mayoría de las medidas tomadas, que el grupo control y más rápido.

Bullis, Sauer-Zavala, Bentley, Hompson-Hollands, Carl y Barlow [6], de la Universidad de Boston, evaluaron la eficacia del protocolo unificado en formato grupal. Los participantes fueron pacientes que se encontraban en lista de espera en el centro. La muestra consistió de 11 sujetos, entre 20 y 69 años, con los siguientes diagnósticos: TAS ($n = 4$),

TOC ($n = 1$), TPA ($n = 1$), TAG ($n = 1$), distimia ($n = 1$), FE ($n = 1$), TANE ($n = 1$), agorafobia sin historial de ataque de pánico ($n = 1$). Los mismos recibieron 12 sesiones semanales de dos horas en grupos pequeños de entre 5 y 6 pacientes cada uno. Los inventarios implementados fueron: OASIS, *Overall Depression Severity and Impairment Scale* (Escala general de severidad y discapacidad en depresión [ODSIS]), y *The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire* (Cuestionario multidimensional de evitación experiencial [MEAQ]). El tratamiento con el UP demostró un efecto robusto en los síntomas de ansiedad ($d > 1.3$) y evitación experiencial ($d > 1.1$) y un efecto moderado en depresión ($d > .6$).

El mismo año Dalrymple, Morgan, Lipschitz, Martinez, Tepe y Zimmerma [8], de las Universidades de Brown, Rhode Island, Massachusetts y Yale, desarrollaron y testearon un tratamiento integral basado en la aceptación para depresión comórbida con trastorno de ansiedad social. Los participantes fueron pacientes del departamento de psiquiatría del hospital de Rhode Island. Criterios de inclusión: mayores de 18 años, diagnosticados con trastorno de ansiedad social y un trastorno del estado del ánimo, que no cumplieran criterios diagnósticos para bipolaridad, psicosis o trastorno límite de la personalidad y que pudieran comunicarse fluidamente en inglés. La muestra consistió de 38 pacientes, entre 18 y 69 años, que recibieron 16 sesiones individuales semanales. El tratamiento fue diseñado para combinar con farmacoterapia. El mismo integra activación conductual y exposición aplicados desde el modelo de terapia de aceptación y compromiso. Las sesiones 1 a 3 consistieron en evaluar patrones de evitación y como ellos llevaron a una disminución en la calidad de vida. En la cuarta sesión se introdujeron ejercicios de exposición ligados a valores específicos y técnicas de *mindfulness*. Entre las sesiones 5 y 9 se utilizaron ejercicios experienciales y metáforas para ilustrar la sobreidentificación con pensamientos y emociones y defusionarse. En las sesiones 10 y 11 se fortaleció la noción de *self* en la que las experiencias internas son vistas como pasajeras y separadas del *self*. En las sesiones 12 y 13 se hicieron ejercicios de clasificación de

valores y se identificaron los comportamientos asociados a esos valores. En las sesiones 14 y 15 se trabajó la fase de compromiso. Finalmente, en la última sesión se trabajó la prevención de recaídas. Por otro lado, todos los pacientes continuaron con el tratamiento farmacológico habitual controlado por un psiquiatra. Los instrumentos administrados fueron el *Quick Inventory of Depressive Symptomatology* (Inventario rápido de síntomas de depresión [QIDS-SR]), el *The Quality of Life Inventory* (Inventario de calidad de vida [QOLI]), el *Behavioral Activation for Depression Scale* (Escala de activación conductual para depresión [BADS]) y el *Reaction to Treatment Questionnaire* (Cuestionario de reacción al tratamiento [RTQ]). En este estudio se observó una disminución significativa de los síntomas depresivos ($p < .01$), un aumento significativo en la escala de calidad de vida ($p = .05$) y un aumento significativo de la activación conductual ($p < .001$).

Saed, Arani, Taremián, Bakhtyari y Morsali [42], de la Universidad Médica de Shahid Beheshti, realizaron un estudio para evaluar la eficacia del protocolo unificado en la reducción de severidad de síntomas de TOC comórbidos con trastornos de ansiedad y trastornos del estado del ánimo. La muestra fue reclutada de cuatro centros psicológicos y psiquiátricos de Zanyán, Irán. Entre los criterios de inclusión se contemplaba que los pacientes cumplieran criterios para un diagnóstico principal de TOC con comorbilidad con algún desorden unipolar del estado del ánimo o un trastorno de ansiedad, que fueran mayores de 18 años, hablaran un persa fluido y que firmaran el consentimiento informado. Quedaban excluidos aquellos con diagnóstico de bipolaridad, esquizofrenia, desorden esquizoafectivo, desorden mental orgánico, intentos de suicidio recientes o historial de abuso de sustancias. La muestra que recibió el tratamiento estuvo conformada por 12 sujetos con un diagnóstico principal de TOC y comorbilidad con TAG, TAS, TDM y TANE. Los mismos recibieron 20 sesiones de una hora. Las baterías administradas fueron el ADIS-IV-L, el OCI, el *Dimensional Obsessive-Compulsive Scale* (Escala dimensional de obsesiones y compulsiones [DOCS]), el BDI, el BAI, el PSWQ, el *Liebowitz Social Anxiety Scale* (Escala de

ansiedad social de Liebowitz [LSAS]) y el WSAS. En este estudio el protocolo unificado demostró un efecto robusto en severidad del TOC ($g = 2.39$), frecuencia de los síntomas y dimensiones ($g = 1.77$). A su vez, se ha observado un gran tamaño del efecto en la mejoría sintomática de los desórdenes comórbidos.

En paralelo, Osma, Castellano, Crespo y García-Palacios [39], de las Universidades de Zaragoza y Jaume I, evaluaron la eficacia del UP en formato grupal. La muestra consistió de 8 sujetos, de entre 28 y 66 años, reclutados de la unidad de salud mental Rafalafena en Castellón. Los criterios de inclusión consistieron en: ser mayores de 18 años, tener buena comprensión del idioma español, haber recibido un diagnóstico principal de ansiedad o depresión unipolar, firmar el consentimiento informado y poder asistir a todas las sesiones y evaluaciones. Como criterio de exclusión se consideraron: diagnósticos de bipolaridad, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno mental orgánico, riesgo suicida y abuso de sustancias. Entre los diagnósticos principales se encontraban: TOC ($n = 1$), TDM ($n = 2$), TANE ($n = 3$) y TDNE ($n = 2$). Los participantes recibieron 10 sesiones grupales y se les administraron las siguientes baterías antes y después del tratamiento: ADIS-IV-L, BDI-II, BAI, ODSIS, OASIS, PANAS, *Spanish version of the Quality of Life Index* (Índice de calidad de vida, versión en español [QLI-Sp]), *Maladjustment Inventory* (Escala de inadaptación [MI]), *Global Assessment Functioning Scale* (Escala de Funcionamiento Global [GAF]) y el *NEO Five-Factor Inventory* (Inventario de los cinco factores [NEO-FFI]). En las medidas post tratamiento se observó un tamaño del efecto medio en sintomatología depresiva ($d > .4$) y ansiosa ($d > .5$), en la escala de adaptación ($d > .5$) y en neuroticismo ($d > .5$). Tanto al finalizar el tratamiento como a los 12 meses los pacientes no cumplían los criterios diagnósticos de los trastornos mencionados.

De Ornelas Maia, Nardi y Cardoso [10], de la Universidad de Río de Janeiro, evaluaron la eficacia del UP comparado con farmacoterapia. Criterio de inclusión: pacientes diagnosticados con depresión unipolar y/o ansiedad,

no haber tenido modificaciones en la medicación en los últimos cuatro meses, ser mayores de 18 años y asistir a por lo menos 10 de las sesiones. La muestra consistió en 48 sujetos entre 18 y 58 años. De los mismos, 24 asistieron a tratamiento grupal (UP) y los otros 24 fueron parte del grupo control. El primer grupo asistió a 12 sesiones grupales, de 8 pacientes, de 120 min. Al último grupo se les prescribió psicofármacos por un psiquiatra. Los individuos presentaban diagnósticos de TDM, TAG, TP, TEPT, TAS, FE y agorafobia. Las baterías administradas fueron el MINI, el BAI y el BDI. En el estudio se observó una disminución significativa tanto en la sintomatología ansiosa ($p < .001$) como en la depresiva ($p < .001$) en el grupo que asistió al UP en comparación a los que solo recibían psicofármacos.

Kristjánsdóttir, Salkovskis, Sigurdsson, Sigurdsson, Agnarsdóttir y Sigurdsson [27], de la Universidad de Islandia, llevaron adelante un proyecto para aumentar el acceso a terapias psicológicas en la atención primaria. Un tratamiento transdiagnóstico cognitivo conductual fue ofrecido en 6 centros de atención primaria. Criterio de inclusión: mayores de 18 años y tuvieran un diagnóstico de depresión y/o ansiedad. Criterios de exclusión: diagnósticos de psicosis, abuso de sustancias y trastornos neurodegenerativos. Para el análisis se tomaron los datos de 281 sujetos que asistieron al tratamiento en los dos años previos. Dentro de los pacientes se encontraban 41 hombres y 240 mujeres con un rango etario de 18-88 (Media = 38.5). Entre los diagnósticos se encontraba: TDM, TDM con melancolía, distimia, riesgo suicida, episodio maníaco, episodio hipomaniaco, TP, agorafobia, TAS, TOC, TEPT, dependencia de sustancias, abuso de sustancias, trastorno emocional con rasgos psicóticos, anorexia, bulimia, TAG y trastorno de personalidad antisocial. El tratamiento consistió en sesiones semanales, de dos horas, por cinco semanas. En la primera sesión se introdujeron las reglas del grupo y se trabajó psicoeducación. En la segunda sesión, se introdujo la relación entre pensamientos, emociones y conductas. En la tercera sesión, se introdujeron los conceptos de distorsiones cognitivas y pensamientos alternativos. En la cuarta sesión,

se trabajó con pensamientos alternativos y se introdujo la noción de creencias intermedias y nucleares. Finalmente, en la última sesión se revisaron las técnicas aprendidas y se trabajó prevención de recaídas. Las baterías utilizadas fueron el *Clinical Outcomes in Routine Evaluation* (Evaluación rutinaria de resultados clínicos [CORE-OM]), el BDI-II y el BAI. En el estudio se observó una disminución significativa tanto en ansiedad ($p < .001$) como en depresión ($p < .001$). Por otro lado, se observó que los pacientes que cumplían uno o dos diagnósticos respondían de forma similar a aquellos que cumplían criterios para tres o más trastornos ($p = .29$).

En el año 2016, Ito, Horikoshi, Kato, Oe, Fujisato, Nakajima, Kanie, Miyamae, Takebayashi, Horita, Usuki, Nakagawa y Ono [25], de la Universidad de Tokio, realizaron un estudio para probar la eficacia del UP en población japonesa. La muestra consistió de 28 sujetos. Los criterios de inclusión fueron: diagnósticos de TP, agorafobia, FE, TAS, TOC, TEPT, TAG, TANE, TDM y TDNE; tener entre 20 y 65 años; y brindar consentimiento informado. Criterios de exclusión: abuso de sustancias, trastornos psicóticos, trastornos de personalidad, ideación suicida, incapacidad de participar en, por lo menos, la mitad de las sesiones, tratamientos cognitivo conductuales previos, déficits cognitivos y otras razones relevantes decididas por los investigadores. Dentro de los diagnósticos principales se presentaba: depresión ($n = 9$) y ansiedad ($n = 8$). El tratamiento consistió en sesiones individuales entre 2 y 18 (Media = 15.26) semanales de entre 50 y 90 minutos. Las baterías utilizadas fueron: SIGH-A, OASIS, STAI, ODSIS, BDI-II, *Functioning Assessed by the Clinical Global Impression* (Funcionamiento evaluado por la clínica de impresión global [CGI]), GAF, *Sheehan Disability Scale* (Escala de discapacidad de Sheehan [SDS]) y el *Quality of Life* (Calidad de vida [EQ-5D]). El siguiente estudio encontró un tamaño del efecto medio en las medidas de depresión y ansiedad ($g = .56$).

Sauer-Zavala, Bentley y Wilner [43], de la Universidad de Boston, probaron la eficacia del UP en 5 sujetos con un diagnóstico principal de trastorno límite de la personalidad

(TLP) comórbido con algún trastorno del estado del ánimo o de ansiedad. Para ser incluidos en el estudio, los pacientes fueron evaluados con el *Diagnostic Interview for Personality Disorders – 4th Edition* (Entrevista Diagnóstica para trastornos de la personalidad [DIPD-IV]) y el ADIS-IV. Los sujetos recibieron entre 16 y 20 sesiones semanales individuales. Las baterías utilizadas para evaluar mejoría clínica fueron: *Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder* (Escala de valoración para trastorno límite de la personalidad [ZAN-BPD]), *Depression, Anxiety and Stress Scales* (Escala de depresión, ansiedad y estrés [DASS]) y el DERS. En general, el tratamiento fue bien recibido por los pacientes. Cuatro de los cinco evidenciaron reducciones sintomáticas en el trastorno límite de la personalidad, en la depresión y ansiedad. Se observó un efecto robusto en el cambio sintomático del TLP y la capacidad de regular emociones (ESsg = 1.06, 95% CI [0, 2.11] y ESsg = 1.29, 95% CI [0.1, 2.59], respectivamente). Por otro lado, los cambios a nivel sintomático de la depresión y ansiedad mostraron un tamaño del efecto moderado (ESsg .51, 95% CI [-.18, 1.19] y ESsg = .70, 95% CI [-.69, 2.08], respectivamente).

Zemestani, Imani y Ottaviani [45], de las Universidades de Kurdistan, Shiraz y Roma, realizaron un estudio aleatorizado controlado para medir la eficacia del UP contra lista de espera. Los participantes fueron reclutados de población universitaria mediante panfletos. La muestra final consistió de 43 individuos entre 18 y 33 años. Criterios de inclusión: diagnósticos de trastornos del estado del ánimo y ansiedad. Criterios de exclusión: diagnóstico de bipolaridad, abuso de sustancias, riesgo suicida o estar realizando terapia. Los sujetos fueron asignados aleatoriamente al grupo que recibió UP ($n = 21$) y a lista de espera ($n = 23$). El grupo tratamiento asistió a 14 sesiones semanales de terapia grupal de 90 minutos. Los inventarios utilizados fueron el BDI-II, el BAI y el *Emotional Regulation Questionnaire* (Cuestionario de regulación emocional [ERQ]). El presente estudio mostró una disminución significativa tanto en depresión ($p < .001$) como en ansiedad ($p < .001$) en el grupo tratamiento en relación a lista de espera. A su vez, el grupo

UP ha puntuado significativamente más alto en re-atribución ($p < .001$) y más bajo en evitación ($p < .001$).

Barlow, Farchione, Bullis, Gallagher, Murray-Latin, Sauer-Zavala, Bentley, Thompson-Hollands, Conklin, Boswell, Ametaj, Carl, Boettcher y Cassiello-Robbins [4], de la Universidad de Boston, realizaron un estudio para evaluar si el UP es tan eficaz como los protocolos para trastornos específicos (PTE). Los 223 pacientes fueron reclutados del centro para ansiedad y trastornos relacionados de la universidad. Los criterios de inclusión consistieron en tener un diagnóstico principal de TP, TAG, TOC o TAS, tener 18 años o más y tener un inglés fluido. Como criterios de exclusión se tomaron diagnósticos de bipolaridad, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, riesgo suicida y abuso de sustancias. Los sujetos fueron asignados aleatoriamente al grupo UP ($n = 88$), PTE ($n = 91$) y Lista de espera ($n = 44$). Dentro del grupo PTE, los pacientes con diagnóstico principal de TAS, TAG y TOC recibieron 16 sesiones, y aquellos con TP 12 sesiones. Las sesiones tuvieron una duración de entre 50 y 60 minutos, con excepción de los pacientes con TOC cuyas sesiones duraron entre 80 y 90 minutos. Las sesiones del grupo UP tuvieron la misma duración que el grupo anterior, teniendo en cuenta los diagnósticos principales. Las baterías utilizadas fueron el ADIS, la CGI, la SIGH-A, la SIGH-D y la WSAS. Tras el análisis estadístico se observó que fue mayor la proporción de pacientes que completaron el tratamiento en el grupo UP que en el grupo PTE. También se observó que tanto el UP (Cohen d , -0.93 ; 95% CI, -1.29 to -0.57) como el PTE (Cohen d , -1.08 ; 95% CI, -1.43 to -0.73) fueron superiores a la lista de espera en la reducción sintomática.

Recientemente, Laposa, Mancuso, Abraham y Loli-Dano [28], de la Universidad de Toronto, Canadá, realizaron un estudio para medir la eficacia del protocolo unificado en formato grupal. Los participantes incluidos fueron pacientes que buscaron tratamiento en una clínica de la Universidad y presentaron un diagnóstico principal de ansiedad con algún otro trastorno comórbido. Fueron descartados los pacientes con manía, síntomas psicóticos o recientes intentos de suicidio. La

muestra terminó conformada por 26 sujetos, con una edad promedio de 34.46 años ($DE=11.01$), con valores significativos en ansiedad, pánico, ansiedad social, preocupación, afecto negativo y depresión. Los pacientes recibieron 14 sesiones de dos horas una vez por semana en grupos de entre ocho y diez sujetos. Los encuentros tuvieron lugar en un hospital de atención terciaria a pacientes que en general presentan comorbilidad y resistencia al tratamiento. Las baterías de evaluación utilizadas fueron: DASS, SIAS, PSWQ, PDSS-SR, el *Quick Inventory of Depressive Symptoms-Self-Report* (Inventario rápido de síntomas de depresión [QIDS-SR]) y el PANAS. Se encontró disminución significativa ($p < .05$) en los síntomas de ansiedad, incluyendo la preocupación, la ansiedad social y el pánico. A su vez, se encontró un efecto moderado ($d > .7$) en la disminución de la depresión y afecto negativo.

Finalmente, Grill, Castañeiras y Fasciglione [20], de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina, realizaron un estudio con medidas pre-post tratamiento para evaluar la eficacia del UP en formato grupal. La muestra final consistió de 23 sujetos, entre 21 y 59 años, con un diagnóstico principal de ansiedad o depresión y por lo menos un diagnóstico comórbido. Entre los diagnósticos presentados se incluían: agorafobia ($n = 1$), TP ($n = 3$), DM ($n = 3$), TAS ($n = 2$), TAG ($n = 7$), TANE ($n = 7$). Se aplicó el UP en formato grupal a un total de 8 grupos inicialmente integrados por 4 o 5 pacientes cada uno, con una extensión media de 14 sesiones de dos horas de duración y frecuencia semanal. Las escalas utilizadas fueron: el Cuestionario de evaluación de síntomas psicopatológicos (SA-45), la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), PANAS, PSWQ, DERS, *Outcome Questionnaire* (Cuestionario de cambio clínico [OQ-45.2]) y la Escala de recursos de fortaleza personal (ER). Tras el análisis estadístico se observaron reducciones significativas ($p < .01$) en las escalas sintomáticas, en el afecto negativo y en las dificultades de regulación emocional.

Discusión

Si bien el número de investigaciones publicadas sobre la eficacia de los tratamientos

transdiagnósticos con foco en la desregulación emocional es limitado, la evidencia hasta ahora es prometedora. La respuesta a los tratamientos sugiere que dichos protocolos pueden ser beneficiosos para tratar los desórdenes emocionales que presentan altas tasas de comorbilidad.

De los dieciocho estudios reseñados en este trabajo, siete se desarrollaron en Estados Unidos, cuatro en Irán, dos en Brasil, uno en Canadá, uno en España, uno en Islandia, uno en Japón y uno en Argentina. Los mismos fueron publicados entre los años 2010 y 2017. Por otro lado, once de ellos consistieron en estudios de eficacia con medidas pre-post tratamiento y los siete restantes fueron estudios de eficacia aleatorizados y controlados. A su vez, dentro de los estudios aleatorizados y controlados, dos compararon el tratamiento transdiagnóstico contra lista de espera, uno contra grupo de apoyo, otro contra terapia grupal cognitiva clásica, uno contra tratamiento farmacológico y solamente dos contra protocolos TCC para entidades nosológicas específicas.

En cuanto a los tratamientos transdiagnósticos con foco en la regulación emocional estudiados, quince evaluaron el UP [5], uno la DBT: entrenamiento en habilidades [37], uno el tratamiento transdiagnóstico grupal cognitivo conductual [27] y uno un tratamiento integral basado en la aceptación para depresión comórbida con trastorno de ansiedad social [8]. A su vez, de las quince investigaciones sobre eficacia del UP, seis lo evaluaron en formato grupal.

Como se puede ver, los estudios encontrados son muy heterogéneos, lo que hace complicada su comparación. El estudio de tratamientos transdiagnósticos representa un desafío metodológico. El gran espectro de diagnósticos incluidos en los estudios lleva a la necesidad de desarrollar más baterías diagnósticas que evalúen procesos más que criterios. De este modo, se observa que los instrumentos de evaluación utilizados varían de estudio en estudio. Esto lleva a cuestionarnos si las diferencias obtenidas en los resultados se deben al efecto del protocolo o a las características psicométricas de las baterías.

Otra cuestión a tener en cuenta es el tamaño de las muestras. De los dieciocho estudios reseñados, sólo cuatro alcanzaron un n mínimo de 30 por grupo, lo que podría llevar a pensar que no se alcanzó a muestras lo suficientemente grandes como para realizar pruebas paramétricas. Sin embargo, algunos de los estudios las realizaron sin reportar los resultados obtenidos en pruebas de normalidad. En la misma línea, otros estudios sólo reportaron el tamaño del efecto. Es por estas cuestiones metodológicas que los resultados deben ser tomados con cautela.

Sin olvidar lo anteriormente mencionado, los resultados obtenidos en las investigaciones, tanto en formato individual como grupal, son alentadores. En todos los casos en que se han comparado medias pre-post tratamiento se han reportado, básicamente, una disminución sintomática del diagnóstico principal y los comórbidos. A su vez, se han observado menores puntajes en afecto negativo y un aumento en afecto positivo, calidad de vida y habilidades de regulación emocional. Por otro lado, el UP ha obtenido mejores resultados que lista de espera y la DBT: Entrenamiento en Habilidades, en formato grupal, mejores resultados que el Grupo de Apoyo Basado en Actividades. Sólo dos de los estudios encontrados en la revisión compararon el UP con tratamientos cognitivo conductuales para trastornos específicos. En los dos estudios, se ha observado una eficacia similar en ambos tratamientos. A su vez, en uno de ellos el UP logró un aumento significativo en el afecto positivo en comparación a los tratamientos cognitivo conductuales para entidades específicas. Y en el otro, se observó una mayor adherencia al tratamiento en el UP. Finalmente, el UP en formato Grupal obtuvo los mismos resultados que la Terapia Grupal Cognitiva Clásica.

Teniendo todo en cuenta, los protocolos basados en una mirada transdiagnóstica parecen muy prometedores para pacientes afectados por trastornos emocionales. No sólo por los efectos positivos en distintos trastornos, sino también por la posibilidad de implementarlos en formato grupal a poblaciones heterogéneas. Esta ventaja permitiría optimizar los recursos asistenciales a nivel poblacional atendiendo a un mayor número de pacientes en menor tiempo, impactando a su vez en los costes económicos y sociales. Por otro lado, representaría una menor carga a los profesionales al reducir la cantidad de protocolos validados en los que deberían entrenarse.

Finalmente, pero no menos importante, este abordaje podría reducir la brecha entre investigación y clínica. En las últimas décadas se ha avanzado mucho investigando eficacia de tratamientos con pacientes puros (con un único trastorno). Pero dado que estudios epidemiológicos han reportado grandes porcentajes de comorbilidad en trastornos mentales [26, 1], se presenta una problemática a la hora de elegir protocolos validados para dichas poblaciones. Es por esto que tratamientos destinados a pacientes con comorbilidades aumentarían la diseminación de los mismos y la fiabilidad al aplicarlos.

En conclusión, el campo de la investigación en protocolos transdiagnósticos es muy nuevo. Es necesario disponer de más ensayos controlados aleatorizados, con muestras clínicas mayores y seguimiento de resultados. Sin embargo, los resultados que se están obteniendo son muy prometedores y las ventajas que podrían traer, tanto a nivel clínico como económico-social, son muchas.

Referencias

1. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H et al. 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004; 109(s420): 28-37. PMID: 15128385 DOI: 10.1111/j.1600-0047.2004.00328.x
2. Armony J, Vuilleumier P, editors. *The Cambridge handbook of human affective neuroscience*. New York: Cambridge University Press; 2013. DOI: 10.1017/CBO9780511843716
3. Barlow DH, Allen LB, Choate ML. *Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders—*

- Republished Article. *Behav Ther.* 2016; 47(6):838-53. PMID: 27993336 DOI: 10.1016/j.beth.2016.11.005
4. Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry.* 2017; 74(9): 875-84. PMID: 28768327 DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.2164
 5. Barlow DH, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Allen LB, et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. New York: Oxford University Press; 2011. Doi: 10.1093/med:psych/9780199772667.001.0001
 6. Bullis JR, Sauer-Zavala S, Bentley KH, Thompson-Hollands J, Carl JR, Barlow DH. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behav Modif.* 2015; 39(2): 295-321. PMID: 25316034 Doi: 10.1177/0145445514553094
 7. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychol Bull.* 2009; 135(3): 495-510. PMID: 19379027 DOI: 10.1037/a0015616
 8. Dalrymple KL, Morgan TA, Lipschitz JM, Martinez JH, Tepe E, Zimmerman M. An integrated, acceptance-based behavioral approach for depression with social anxiety: Preliminary results. *Behav Modif.* 2014; 38(4): 516-48. PMID: 24402463 DOI: 10.1177/0145445513518422
 9. Damasio AR. Emotions and feelings. En: Manstead ASR, Frijda N, Fischer A, editors. *Feelings and emotions: the Amsterdam symposium.* New York: Cambridge University Press, 2004. p. 49-57. DOI: 10.1017/CBO9780511806582.004
 10. De Ornelas Maia ACC, Nardi AE, Cardoso A. The utilization of unified protocols in behavioral cognitive therapy in transdiagnostic group subjects: A clinical trial. *J Affect Disord.* 2015; 172: 179-83. PMID: 25451415 Doi: 10.1016/j.jad.2014.09.023
 11. Egan SJ, Wade TD, Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process. *Clin Psychol Rev.* 2011; 31(2): 203-12. PMID: 20488598 DOI: 10.1016/j.cpr.2010.04.009
 12. Ehrling T, Watkins E. Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *Int J Cogn Ther.* 2008; 1(3): 192-205. DOI: 10.1521/ijct.2008.1.3.192
 13. Ellard KK, Fairholme CP, Boisseau CL, Farchione TJ, Barlow DH. Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cogn Behav Pract.* 2010; 17(1): 88-101. PMID: DOI: 10.1016/j.cbpra.2009.06.002
 14. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behavior therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Ther.* 2003; 41(5): 509-28. PMID: 12711261 DOI: 10.1016/S0005-7967(02)00088-8
 15. Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behav Ther.* 2012; 43(3): 666-78. PMID: 22697453 DOI: 10.1016/j.beth.2012.01.001
 16. Fehr B, Russell JA. Concept of emotion viewed from a prototype perspective. *J Exp Psychol Gen.* 1984; 113(3): 464-86. DOI: 10.1037/0096-3445.113.3.464
 17. Frank RI, Davidson J. The transdiagnostic road map to case formulation and treatment planning: Practical guidance for clinical decision making. Oakland: New Harbinger Publications, 2014.
 18. Free M. Cognitive therapy in groups (translated by Mohammadi M). Tehran: Roshd; 2006.
 19. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess.* 2004; 26(1): 41-54. DOI: 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
 20. Grill SS, Castañeiras C, Fasciglione MP. Aplicación grupal del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en población argentina. *Rev Psicopatología Psicol Clin.* 2017; 22(3): 171-81. Doi: 10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18122
 21. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003; 85(2): 348-62. PMID: 12916575
 22. Hareli S, Parkinson B. Social emotions. En Sander D, Scherer KR, editores. *The Oxford companion to emotion and the*

- affective sciences. New York: Oxford University Press; 2009. p. 374-75.
23. Harvey AG, Watkins E, Mansell W, Shafran R. Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment. Oxford: Oxford University Press; 2004.
 24. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol.* 1996; 64(6): 1152-68. PMID: 8991302 DOI: 10.1037//0022-006x.64.6.1152
 25. Ito M, Horikoshi M, Kato N, Oe Y, Fujisato H, Nakajima S, et al. Transdiagnostic and Transcultural: Pilot Study of Unified Protocol for Depressive and Anxiety Disorders in Japan. *Behav Ther.* 2016 PMID: 27157034 DOI: 10.1016/j.beth.2016.02.005
 26. Kessler RC. The prevalence of psychiatric comorbidity. In: Wetzler S, Sanderson WC, editores. *Treatment strategies for patients with psychiatric comorbidity.* Hoboken: John Wiley & Sons Inc; 1997. p. 23-48. PMID: 30258799 DOI: 10.4103/idoj.IDOJ_324_17
 27. Kristjánsdóttir H, Salkovskis PM, Sigurdsson BH, Sigurdsson E, Agnarsdóttir A, Sigurdsson JF. Transdiagnostic cognitive behavioural treatment and the impact of comorbidity: An open trial in a cohort of primary care patients. *Nord J Psychiatry.* 2016; 70(3): 215-23. PMID: 26403998 DOI: 10.3109/08039488.2015.1081404
 28. Lapsa JM, Mancuso E, Abraham G, Loli-Dano L. Unified protocol transdiagnostic treatment in group format: a preliminary investigation with anxious individuals. *Behav Modif.* 2017; 41(2): 253-68. DOI: 10.1177/0145445516667664
 29. Ledoux J. Rethinking the Emotional Brain. *Neuron.* 2012; 73(4): 653-76. PMID: 22365542 DOI: 10.1016/j.neuron.2012.02.004
 30. Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guilford press; 1993.
 31. Lotfi M, Bakhtiyari M, Farid A, Asghar A, Amini M. The effectiveness of transdiagnostic therapy on emotion regulation strategies of patients with emotional disorders: A randomized clinical trial. *Pract Clin Psychol.* 2013; 1(4): 227-32.
 32. Maia ACC, Braga AA, Nunes CA, Nardi AE, Silva AC. Transdiagnostic treatment using a unified protocol: application for patients with a range of comorbid mood and anxiety disorders. *Trends Psychiatry Psychother.* 2013; 35(2): 134-40. PMID: 25923304 DOI: 10.1590/S2237-60892013000200007
 33. Manstead AS, Fischer AH. Social appraisal: The social world as object of and influence on appraisal processes. In: Scherer KR, Schoor A, Johnstone T, editores. *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research.* New York: Oxford University Press; 2001. pp. 221-32.
 34. McEvoy PM, Nathan P, Norton PJ. Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *J Cogn Psychother.* 2009;23(1): 20-33. DOI: 10.1891/0889-8391.23.1.20
 35. Mohammadi A, Birashk B, Gharaie B. Comparison of the effect of group transdiagnostic therapy and group cognitive therapy on anxiety and depressive symptoms. *Iran J Public Health.* 2013; 42(1): 48-55. PMID: 23514901
 36. Naranjo Vestin AM. Efectos del entrenamiento en habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual en personas con problemas con desregulación emocional (esis de Maestría, Facultad de Psicología). Biblioteca Javeriana. 2013. [citado 18 Feb 2019]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/12506>
 37. Neacsiu AD, Eberle JW, Kramer R, Wiesmann T, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behav Res Ther.* 2014; 59: 40-51. PMID: 24974307 DOI: 10.1016/j.brat.2014.05.005
 38. Norton PJ. *Group cognitive-behavioral therapy of anxiety: A transdiagnostic treatment manual.* New York: Guilford Press; 2012.
 39. Osma J, Castellano C, Crespo E, García-Palacios. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in a Spanish public mental health setting. *Psicol Conduct.* 2015; 23(3): 447-66.
 40. Panksepp J. *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions.* New York: Oxford university press; 2004. Rothbart MK, Rueda MR. The development of effortful control. In: Mayr U, Awh E, Keele S, editores. *Developing individuality in the human brain: A tribute to Michael I. Posner.* Washington, DC: American Psychological Association; 2005. p. 167-88. DOI: 10.1037/11108-009

41. Saed O, Masjedi A, Taremián F, Bakhtyari M, Morsali Y. The efficacy of Transdiagnostic Cognitive Behavior therapy on reducing symptoms severity of Obsessive Compulsive Disorder with co-occurring anxiety and mood disorders. *J Appl Behav Sci.* 2015; 2(4): 1-10. Doi: 10.22037/ijabs.v2i4.11194
42. Sauer-Zavala S, Bentley KH, Wilner JG. Transdiagnostic treatment of borderline personality disorder and comorbid disorders: A clinical replication series. *J Pers Disord.* 2016; 30(1): 35-51. PMID: 25710737 DOI: 10.1521/pedi_2015_29_179
43. Sloan E, Hall K, Moulding R, Bryce S, Mildred H, Staiger PK. Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2017; 57: 141-63. PMID: 28941927 DOI: 10.1016/j.cpr.2017.09.002
44. Zemestani M, Imani M, Ottaviani C. A preliminary investigation on the effectiveness of unified and transdiagnostic cognitive behavior therapy for patients with comorbid depression and anxiety. *Int J Cogn Ther.* 2017; 10(2): 175-85. DOI: 10.1521/ijct.2017.10.2.175