

El Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales

The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders

Alicia Facio¹; María Virginia Abdala²; Jesica Groh³

RESUMEN

Los modelos dimensionales de la psicopatología indican que los trastornos emocionales (del estado de ánimo, de ansiedad, obsesivo-compulsivo, relacionados a traumas y otros) comparten factores de vulnerabilidad y mantenimiento: fuertes emociones perturbadoras, aversión a las mismas y utilización de estrategias para evitarlas que, paradójicamente, las intensifican y prolongan. David Barlow et al. (2011) diseñaron un protocolo transdiagnóstico, el Protocolo Unificado, que apunta a dichos factores. En este trabajo se presentan los fundamentos del tratamiento y los ocho módulos destinados a aumentar la motivación para el cambio; aprender sobre la funcionalidad de las emociones; practicar la conciencia plena; utilizar cogniciones más flexibles que disminuyan la catastrofización de las consecuencias temidas; cambiar las estrategias evitativas por acciones alternativas; tolerar las sensaciones físicas que acompañan a las emociones; exponerse a las emociones más temidas y prevenir recaídas. Una creciente investigación avala la eficacia del Protocolo Unificado.

Palabras clave: Protocolo Unificado, Transdiagnóstico, Trastornos emocionales.

ABSTRACT

Dimensional models of psychopathology indicate that emotional disorders (mood, anxiety, obsessive-compulsive, related to trauma disorders, and others) share factors of vulnerability and maintenance: strong disturbing emotions, aversion to them and use of avoidant strategies that, paradoxically, intensify and prolong them. Barlow et al. (2011) developed a transdiagnostic protocol, the Unified Protocol, to address these factors. This paper presents the treatment rationale and the eight modules aimed at increasing motivation for change; learning about the functionality of emotions; practicing mindfulness; using more flexible cognitions to reduce the catastrophization of feared consequences; replacing avoidant strategies by alternative actions; tolerating the physical sensations that are part of emotions; exposing oneself to the most feared emotions and prevent relapses. Growing research supports the efficacy of the Unified Protocol.

Keywords: Unified Protocol, Transdiagnostic, Emotional disorders.

Recibido: 13-09-2019

Aceptado: 06-11-2019

Citar: Facio, A., Abdala, M. V., & Groh, J. (2019). El Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales. *Investigaciones en Psicología*, 24(2), pp-24-32. doi:10.32824/investigpsicol.a24n2a23

^{1 2 3} Asociación de Terapia Cognitiva y Conductual del Litoral (ATCCL). Entre Ríos, Argentina. cognitivalitoral@hotmail.com

Introducción

El modelo HiTOP (Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología) surgió del esfuerzo de un grupo de cuarenta destacados investigadores que intentaban mejorar la limitada validez y confiabilidad de las taxonomías tradicionales (Kotov et al., 2017). La delimitación arbitraria entre psicopatología y normalidad, la diferenciación poco clara entre distintos trastornos, la altísima comorbilidad, la heterogeneidad dentro de los trastornos y la inestabilidad diagnóstica son importantes deficiencias de las taxonomías categoriales vigentes. Partiendo de análisis factoriales de síntomas, signos y rasgos de la personalidad, dichos investigadores encontraron un modelo que supera las limitaciones antedichas. Está compuesto por dimensiones y subdimensiones de la psicopatología que agrupan síndromes y trastornos.

En la dimensión psicopatológica *Trastorno del Pensamiento* cargan los trastornos del espectro esquizofrénico, los del ánimo con síntomas psicóticos, la manía y los trastornos de la personalidad esquizotípico, esquizoide y paranoide. En la dimensión *Externalizante Desinhibida*, las subdimensiones abuso de sustancias y comportamiento antisocial (personalidad antisocial y los trastornos de conducta, déficit de atención con hiperactividad, oposicionista-desafiante y explosivo intermitente). En la dimensión *Externalizante Antagonista*, los trastornos de la personalidad narcisista, límite, histriónico, paranoide y también el comportamiento antisocial. En la dimensión *Retraimiento*, los trastornos de la personalidad esquizoide, evitativo y, correlacionando negativamente, el trastorno histriónico.

La dimensión denominada *Internalizante* incluye las subdimensiones *malestar*, *miedo*, *patología alimentaria* y *problemas sexuales*. En la primera, cargan los trastornos depresión mayor, distimia, ansiedad generalizada y estrés postraumático y el trastorno límite de la personalidad (que también lo hace en *Externalizante Antagonista*). En la subdimensión *Miedo* cargan los trastornos de pánico, obsesivo-compulsivo, ansiedad de separación, ansiedad social, agorafobia y fobia específica. Bulimia, anorexia y trastorno de atracones cargan en *Patología alimentaria* y, en *Problemas sexuales*, el bajo deseo, las dificultades de excitación y orgásmicas y el dolor sexual. En lo referente a los trastornos somatomorfos, hay evidencia contradictoria sobre si formarían parte de la dimensión *Internalizante* o constituirían otra dimensión.

Al superar las limitaciones de las nosologías vigentes, el modelo dimensional de la psicopatología permite mejorar la práctica clínica y la investigación sobre los factores de riesgo, etiología, curso de la enfermedad y respuesta al tratamiento de los trastornos mentales. Un ejemplo de ello es la línea de investigación que llevó al desarrollo de un tratamiento transdiagnóstico para las subdimensiones *malestar* y *miedo* de los trastornos internalizantes: el Protocolo Unificado para los Trastornos Emocionales (Barlow et al., 2011).

Líneas de investigación que condujeron al desarrollo del Protocolo Unificado

1. *Los trastornos emocionales tienen muchas características en común*

1.1. Se han encontrado altas tasas de comorbilidad transversal (en el mismo momento) y longitudinal (en distintos momentos de la vida). Por ejemplo, 55% de 1127 pacientes de la Universidad de Boston con un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad también tenían al menos un diagnóstico adicional de ansiedad o depresión en el momento de la evaluación. Si se incluían los diagnósticos a lo largo de la vida, la tasa subía a 76% (Brown et al., 2001).

1.2. Los tratamientos psicológicos para un trastorno emocional frecuentemente generan mejorías en trastornos comórbidos de ansiedad o del ánimo a los cuales no se apuntó específicamente durante el tratamiento. Por ejemplo, luego de tratar específicamente el Trastorno de Pánico, la comorbilidad declinaba del pre-tratamiento al pos-tratamiento de 40% a 17% (Brown et al., 1995). Otro ejemplo, una variedad de trastornos emocionales responden en la misma medida a la medicación antidepresiva. Estos hallazgos podrían significar que los tratamientos específicos apuntan a rasgos subyacentes que son centrales en todos los trastornos emocionales, al menos en cierta medida.

1.3. La investigación en neurociencia afectiva sugiere que los trastornos emocionales comparten mecanismos neurobiológicos. Por ejemplo, la incrementada emocionalidad negativa que caracteriza a los trastornos emocionales se asocia con hiperexcitabilidad de las estructuras límbicas y limitado control inhibitorio por parte de las estructuras corticales (Shin & Liberzon, 2010). Específicamente, se comprobó un incremento del procesamiento *bottom-up* y una desregulación de la inhibición cortical ante la respuesta de la amígdala en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Ansiedad Social, Fobia Específica, Trastorno de Estrés Postraumático y Depresión.

2. *Estructura jerárquica de los trastornos emocionales*

La segunda línea de investigación, referida a las dimensiones que subyacen a todos los trastornos emocionales, reveló dos dimensiones básicas de la personalidad: Neuroticismo y Extraversión (Brown & Barlow, 2009). Neuroticismo, también llamada afecto negativo, inhibición conductual o ansiedad-rasgo, es la tendencia a desarrollar emociones negativas frecuentes e intensas que se experimentan como incontrolables en respuesta al estrés. Extraversión, también llamada afecto positivo o activación conductual, se refiere a tener una visión positiva del mundo, una disposición a la actividad y la sociabilidad. Neuroticismo y Extraversión tienen papeles claves para explicar la aparición, superposición y mantenimiento de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Muchos autores a lo largo de décadas se han referido a estas dimensiones y prominentes teorías de la personalidad como la teoría de los Tres Grandes (Eysenck,

1950) y la teoría de los Cinco Grandes (McCrae & Costa, 1997), incluyen estas dimensiones.

Brown et al. (1998) confirmaron que una estructura jerárquica explica los trastornos emocionales: Neuroticismo y Extraversión son los factores de alto rango con caminos que van desde Neuroticismo a Trastorno de Ansiedad Generalizada, Ansiedad Social, Pánico, Obsesivo-compulsivo y Depresión Mayor. La baja Extraversión evidencia caminos hacia Trastorno de Ansiedad Social, Depresión Mayor y Agorafobia. Muchos otros grupos de investigación replicaron estos hallazgos.

3. Reacciones negativas a la experiencia emocional

Los individuos con trastornos emocionales no sólo experimentan emociones negativas más frecuentes e intensas, sino que, además, tienen mayor dificultad para aceptarlas (Brown & Barlow, 2009). Como no las toleran, intentan disminuirlas. Por ejemplo, en el Trastorno de Pánico la persona se vuelve hipervigilante a los síntomas físicos que forman parte del pánico porque los interpreta como señal de que vendrá un nuevo ataque; la ansiedad anticipatoria así generada exagera, a su vez, los síntomas somáticos y cognitivos. Esto no sucede en los individuos que, aunque tuvieron ataques de pánico, no desarrollaron un trastorno. La reacción emocional negativa ante el pánico es más importante para generar un Trastorno de Pánico que los ataques mismos. Otro ejemplo, cuando los individuos con Trastorno de Ansiedad Generalizada se enfrentan a una situación potencialmente estresante tratan de disminuir sus emociones verificando o preocupándose -un intenso proceso verbal-lingüístico que activa estructuras cerebrales que disminuyen el nivel de la emoción-, algo que no hacen los individuos que no sufren de dicho trastorno.

Aprendizajes tempranos específicos explican las diferencias entre distintos trastornos emocionales, pero los mecanismos psicopatológicos centrales son la aversión a las emociones negativas y los esfuerzos subsiguientes de disminuir la experiencia emocional.

Desarrollo del Protocolo Unificado

Barlow et al. desarrollaron el Protocolo Unificado para los Trastornos Emocionales a partir de 2004 (Barlow et al., 2004). En 2011 publicaron un manual para el terapeuta y otro para el paciente con el objeto de facilitar su diseminación. Cuatro años después, en un único tomo, fue traducido al español (Barlow et al., 2015). La segunda edición revisada (Barlow et al., 2018) aún no ha sido traducida.

El objetivo del Protocolo Unificado (PU) es ayudar a los pacientes a reconocer y comprender sus emociones y responder ante ellas en forma más adaptada, esto es, tolerarlas sin tratar de evitarlas ni sucumbir automáticamente a sus tendencias de acción. Cambiar la respuesta desadaptada disminuye la intensidad y frecuencia de las emociones perturbadoras.

El PU consiste de ocho módulos de tratamiento a

desarrollarse en 12 a 18 sesiones individuales de 50 ó 60 minutos de duración, con una frecuencia semanal. Un número flexible de sesiones pueden dedicarse a cada uno. Los módulos se describen, a continuación, siguiendo los lineamientos propuestos en la Guía para el Terapeuta, edición revisada (Barlow et al., 2018).

Módulo 1. Aumentar la motivación y establecer objetivos

Se utilizan los principios y técnicas de la entrevista motivacional de Miller y Rollnick (2013) para aumentar la motivación para el cambio, debido a que la investigación reveló que incluirlos mejora los resultados del tratamiento de los trastornos de ansiedad (Westra et al., 2009). Además, definir metas para el cambio conductual concretas y específicas ayuda al paciente a incrementar la confianza en su habilidad para alcanzar un cambio exitoso.

Los objetivos implican que el paciente:

a) Defina, en colaboración con el terapeuta, objetivos específicos y realistas de tratamiento y cuatro o cinco pasos que conduzcan, gradualmente, al logro de cada uno de ellos.

b) Comprenda la importancia de la motivación para el buen resultado del tratamiento. Como la ambivalencia es un elemento natural del proceso de cambio, el terapeuta responde a ella sin juzgar sino mostrando empatía. Usa preguntas abiertas y escucha refleja. Reflejarle al paciente su propia lucha demuestra que el terapeuta reconoce tanto la ambivalencia como el deseo de cambiar. Incluso pacientes que inician el tratamiento en la fase *acción* del modelo de Prochaska pueden tener una disminución de su motivación en algún momento del tratamiento, por ejemplo, antes de iniciar las exposiciones.

c) Explore los costos y beneficios del cambio y los costos y beneficios de permanecer igual. Se pretende así identificar potenciales obstáculos para el cambio.

Se espera que este módulo prepare a los pacientes para aprender el contenido de los módulos centrales.

Módulo 2. Comprender las emociones

Los objetivos de este módulo consisten en que el paciente:

a) Desarrolle una comprensión más flexible de las distintas emociones y la función adaptativa de cada una: miedo, ansiedad, tristeza, ira, culpa, vergüenza, alegría, etcétera.

b) Logre mayor conciencia de las emociones, particularmente de la interacción entre sus componentes cognitivos, fisiológicos y conductuales. Comienzan a entender que ellas cumplen una función adaptativa porque brindan información acerca del ambiente y guían la acción apropiada. Entienden, también, los procesos a través de los cuales las emociones llegan a resultarles abrumadoras.

c) Incluya la emoción dentro del esquema Antecedente-Emoción-Conducta. O sea, detecte antecedentes y

consecuencias de la emoción. Los antecedentes pueden ser externos o internos, próximos o distales. Detectando los desencadenantes más característicos, el paciente se da cuenta de que las emociones no salen de la nada, como a veces supone. Además, puede prepararse para tolerar las emociones que teme, desarrollando habilidades para regularlas. La emoción incluye los tres componentes ya mencionados.

Por último, se analizan las respuestas del paciente a la emoción y sus consecuencias a corto y largo plazo. Por ejemplo, cuando alguien se va temprano de una fiesta porque siente gran ansiedad social, esta conducta disminuye la emoción en forma inmediata (refuerzo negativo), pero abandonar las fiestas temprano o ni siquiera concurrir a ellas termina generando un sentimiento de soledad y aislamiento. Es importante que los pacientes tengan en cuenta tanto los efectos positivos a corto plazo como los perjudiciales a largo plazo, ya que están generalmente en conflicto entre sí. Estas motivaciones en pugna conducen a una triste desconexión entre la vida que el paciente quisiera llevar y la vida que lleva, debido a sus esfuerzos por evitar el malestar emocional. Además, evitar la emoción es un mecanismo de mantenimiento del malestar emocional: debido al alivio que experimenta en el corto plazo, el paciente aprende a irse de la fiesta y no aprende que puede tolerar la emoción negativa, dejarla que siga su curso natural hasta que desaparezca.

La psicoeducación del Módulo 2 es clave para que el paciente entienda por qué deberá hacer las exposiciones a las emociones más temidas, las que se llevarán a cabo en el Módulo 7.

Módulo 3. Conciencia plena de la emoción (Mindful emotion awareness)

Este es el primero de los módulos centrales. Los objetivos son que el paciente:

- a) Entienda los beneficios de observar sus emociones sin juzgarlas y tal como ocurren en el contexto actual, en lugar de remitirse al pasado o a lo que podría suceder en el futuro.
- b) Practique la toma de conciencia de sus emociones sin juzgar y centrada en el presente, utilizando dos ejercicios formales de meditación en sesión.
- c) Aplique estas habilidades a las emociones que experimenta en el día a día.

Frecuentemente los pacientes afirman que sus emociones ocurren sin poder referir por qué, que son confusas y parecen fuera de control. Este módulo los ayudará a aplicar los conceptos aprendidos en el Módulo 2 sobre la interacción entre pensamientos, sensaciones y conductas a la experiencia emocional misma. Analizarán las emociones primarias, o sea, la primera respuesta emocional a una situación o recuerdo y aprenderán a distinguirla de la reacción hacia las emociones primarias que tiende a ser negativa, no objetiva y no centrada en la situación presente. Por ejemplo, un paciente depresivo siente tristeza (emoción primaria) y piensa “No debería sentirme así;

soy un flojo; ¿qué pasa conmigo?; nunca saldré de esto”. Y su rumiación genera las emociones secundarias desesperiación y desprecio a sí mismo, las cuales mantienen y empeoran su malestar emocional. Con frecuencia, los pacientes no están prestando atención al contexto actual en que ocurren sus emociones y pierden, así, información correctiva valiosa. Por ejemplo, un paciente con trastorno de pánico que experimenta taquicardia puede estar recordando que la última vez que tuvo esa sensación física experimentó un ataque de pánico completo y se concentra en el inminente ataque que cree “inevitablemente” vendrá. El paciente no atiende a la potencial información correctiva: pese a tener taquicardia, en ese momento no está teniendo un ataque de pánico.

Para aprender en sesión estas habilidades, se realizan dos ejercicios. Uno es aplicar la conciencia plena a lo que está ocurriendo dentro de sí mismo (sus pensamientos, sensaciones corporales, tendencias de acción) y a su alrededor en el preciso momento en un contexto emocional neutro. Para ello se utiliza una grabación.

La segunda tarea consiste en practicar esta habilidad durante una experiencia emocional. Con tal fin, el paciente trae a la sesión un tema musical que le despierte fuertes emociones para aplicar las habilidades de prestar atención centrada en el presente y sin juzgar.

El tercer objetivo es que el paciente desarrolle un reflejo condicionado entre una señal (por ejemplo, una respiración profunda) y focalizar su atención en el momento presente. Una vez desarrollado, se lo alienta a utilizar la señal en los momentos de malestar emocional. Luego de redirigir la atención, debe realizar un rápido “chequeo de tres puntos”, consistente en observar qué pasa en cada uno de los tres dominios de la experiencia emocional con objetividad y aceptación. El paciente debe preguntarse “¿Qué emociones estoy experimentando ahora?”, “¿Qué estoy haciendo o siento deseos de hacer ahora?”, “¿Cuáles son mis pensamientos y sensaciones físicas ahora?”. El paciente debe identificar cualquier reacción disfuncional y reemplazarla por respuestas más adaptativas.

Resumiendo, el propósito de este módulo es que el paciente utilice estas habilidades en los momentos de malestar emocional para lograr una perspectiva no crítica y centrada en el presente, que le permita aprovechar la potencial información correctiva proveniente del contexto actual.

Módulo 4. Flexibilidad cognitiva

Como objetivos, se busca que el paciente:

- a) Comprenda la relación entre pensamientos y emociones.
- b) Identifique distorsiones en sus pensamientos automáticos negativos y las creencias nucleares de las que surgen.
- c) Aprenda a pensar más flexiblemente para ver las situaciones de una manera más útil.

El terapeuta ayuda al paciente a entender cómo su

manera de interpretar las situaciones influye sobre sus reacciones emocionales y éstas, a su vez, sobre sus interpretaciones. Estos pensamientos automáticos ocurren rápidamente y son en su mayoría negativos; derivan de creencias nucleares que los pacientes tienen acerca de sí mismos, tales como “Soy un fracaso”, “Soy vulnerable”, etcétera. Se excluyen, así, otras perspectivas potencialmente más útiles.

Si el paciente no puede ver las situaciones de otra manera, a estas interpretaciones se les llama “trampas del pensamiento” o distorsiones cognitivas. Hay dos trampas comunes a todos los trastornos emocionales, que son las únicas que se enseñan en el PU. Por un lado, la sobrestimación de las probabilidades, esto es, creer que un resultado negativo es más probable de lo que es. La segunda distorsión, catastrofizar, se refiere a pensar que el resultado temido tendrá desastrosas consecuencias que no podrá manejar o tolerar. Al paciente se le enseña a identificar estos sesgos y a usar estrategias de reevaluación en consonancia con la terapia cognitiva estándar.

Módulo 5. Contrarrestar las conductas disfuncionales de regulación de las emociones perturbadoras

Los objetivos de este módulo son que el paciente:

a) Comprenda que las conductas con las que afronta la emoción paradójicamente incrementan su intensidad y duración.

b) Identifique los diferentes tipos de conductas disfuncionales que utiliza.

c) Desarrolle acciones alternativas en su reemplazo.

Se analizan con el paciente las consecuencias negativas del afrontamiento evitativo de la emoción: 1º) al impedirse experimentarla a pleno, la emoción no se resuelve naturalmente y el malestar emocional se mantiene; 2º) no descubre que sus expectativas negativas no se cumplen, o sea, no se produce la extinción; y 3º) no aprende estrategias de regulación de la emoción más adaptativas.

El terapeuta explica cinco tipos de estrategias disfuncionales ante la emoción: la evitación conductual manifiesta, la evitación sutil, la evitación cognitiva, el uso de señales de seguridad y las conductas para escapar de las emociones intensas. En la evitación conductual el individuo directamente no entra en las situaciones en las que predice se le activarán emociones negativas a las que teme. Por ejemplo, no va al supermercado o al teatro porque podría experimentar un ataque de pánico. Las estrategias de evitación conductual sutil son diversas. Por ejemplo, alguien con TOC forzado a entrar a un baño público abre la puerta con el codo para no sentirse contaminado, o alguien con ansiedad social está en la fiesta, pero concentrado todo el tiempo en su celular.

La evitación cognitiva incluye la distracción, la supresión de los “malos” pensamientos que generan emociones, la disociación, la preocupación y la rumiación. La preocupación y la rumiación también son estrategias evitativas, ya que la persona se concentra en aconteci-

mientos futuros o pasados, en lugar de experimentar a fondo las emociones generadas por la situación presente. Las señales de seguridad son objetos o personas que se utilizan para disminuir el malestar que se anticipa en determinadas situaciones; por ejemplo, objetos que se llevan “por si acaso” (ansiolíticos, celular, gas pimienta, un acompañante junto a quien se siente “seguro”), u objetos “de buena suerte”.

El quinto tipo de estrategia disfuncional es rendirse a las tendencias de acción propias de cada emoción o recurrir al alcohol, las drogas, las lesiones auto-infligidas no suicidas, los atracones de comida, etcétera, cuando ya siente la emoción temida y quiere escapar de ella. Las tendencias de acción de la emoción son universales, producto de la evolución y favorecen conductas generalmente asociadas a la supervivencia: la ansiedad motiva a prepararse para una amenaza futura; la tristeza, a retraerse para procesar la pérdida; la ira, a defenderse porque se está siendo perjudicado. Pero también pueden volverse perjudiciales. Escapar es patológico si no hay una clara amenaza presente, sino que se trata de una falsa alarma. Cuando el individuo se rinde a la conducta que la emoción pide, la intensidad de la emoción se reduce en el corto plazo; por ejemplo, los gritos y amenazas ayudan a liberarse de la ira en el corto plazo, pero se carga a largo plazo con los costos de la ira en las relaciones interpersonales. Lo mismo sucede cuando se recurre al alcohol, los atracones o las autolesiones.

Se trabaja con el paciente para identificar, en cada una de las cinco categorías, cuáles son las estrategias conductuales disfuncionales a las que recurre con mayor frecuencia. Se analiza luego qué conductas llevará a cabo (conductas alternativas) para en lugar de evitar o escapar de las emociones temidas, aproximarse a ellas. Por ejemplo, ir al encuentro y saludar, en lugar de evitar al conocido con quien se cruza en la calle; planificar actividades placenteras, en lugar de rendirse a la conducta de retraerse, generada por la depresión; usar ejercicios de relajación y otras técnicas para tolerar el malestar, en lugar de recurrir al alcohol o a las drogas.

Se alienta al paciente a probar estas nuevas conductas en situaciones de un nivel intermedio de dificultad. Por ejemplo, hablar con un amigo de algún tema difícil, mirar una película que le trae recuerdos dolorosos, etcétera, y analizar sus consecuencias a corto y largo plazo. En el Módulo 7 el paciente se expondrá a las emociones que le resultan más difíciles de tolerar.

Módulo 6. Comprender y confrontar las sensaciones físicas

Este módulo propone que el paciente:

a) Comprenda el efecto de las sensaciones físicas sobre su experiencia emocional.

b) Identifique las sensaciones físicas que experimenta como parte de sus emociones perturbadoras.

c) Se exponga repetidamente a dichas sensaciones a través de ejercicios que aumenten su tolerancia hacia ellas.

La exposición interoceptiva, una parte fundamental del protocolo cognitivo-conductual del trastorno de pánico y la agorafobia, se aplica en el PU a todos los pacientes, ya sea que sufran distintos trastornos de ansiedad o trastornos depresivos. Así como un paciente con trastorno de pánico teme la sensación de mareo porque la interpreta como señal de un ataque inminente, un paciente depresivo puede temer la sensación de opresión en el pecho porque la interpreta como señal de lo desesperante y sin salida que es su situación.

Se ayuda al paciente a identificar qué sensaciones físicas forman parte de sus experiencias emocionales perturbadoras y a comprender que, si las interpreta como peligrosas o intolerables, éstas se intensificarán y prolongarán. Si, por el contrario, las considera normales y no cree que interferirán mayormente en su desempeño, irán disminuyendo y desaparecerán. Para incrementar su tolerancia a estas sensaciones, debe exponerse repetidamente a ellas.

Algunos ejemplos de ejercicios de exposición interoceptiva son: hiperventilar, respirar a través de una pajita, dar vueltas sobre sí mismo, correr en el lugar y cualquier otro que provoque sensaciones físicas en los aparatos respiratorio, vestibular y cardiovascular semejantes a las que teme.

Luego de una demostración por parte del terapeuta, el paciente lleva a cabo diversos ejercicios para determinar cuáles son los que le generan sensaciones parecidas a las que experimenta típicamente en momentos de malestar emocional. Después de cada uno, se le pide identificar qué sensaciones tuvo y cuantificar su intensidad, grado de malestar que le producen y semejanza con las sensaciones que típicamente experimenta. Se le indica completar los ejercicios que demostraron ser más útiles, varias veces al día durante las próximas semanas. El malestar experimentado debería disminuir con la exposición repetida, a medida que el paciente comprueba que sus sensaciones somáticas no son peligrosas como creía.

Módulo 7. Exposición a la emoción

Los objetivos de este módulo son que el paciente:

- Entienda el propósito de exponerse a las emociones.
- Aprenda a diseñar ejercicios efectivos de exposición a las emociones.
- Desarrolle una Jerarquía de Exposición a la Emoción.
- Afronte repetidamente las emociones fuertes que le resultan difíciles de tolerar.

El último de los módulos centrales enfatiza poner en práctica los conceptos aprendidos a lo largo del tratamiento en exposiciones dentro y fuera de la sesión a experiencias emocionales relacionadas con sus síntomas. Las exposiciones a la emoción pueden implicar afrontar situaciones o actividades que desencadenan fuertes emociones previamente evitadas, pero el foco es provocar la emoción, no las situaciones mismas. Algunos ejemplos son: dar una charla en público, viajar en ascensor, recordar un acontecimiento traumático, usar el baño y no

lavarse las manos, mirar una película triste. Las señales interoceptivas identificadas en el módulo anterior se integran en el ejercicio. Las exposiciones a la emoción sirven para reemplazar las interpretaciones acerca de la peligrosidad de las situaciones por otras más adaptadas, revertir la evitación y escape emocional y, lo más importante, extinguir las reacciones de aversión a las experiencias emocionales intensas. Cuando el paciente lleva a cabo las exposiciones en sesión, el terapeuta debe observar el uso de cualquier estrategia de evitación de las que el paciente no tiene conciencia y ayudarlo con cualquier interpretación automática negativa para que la reemplace por otra más apropiada.

Se presenta a continuación la jerarquía de exposición a las emociones de Juan (Barlow y Farchione, 2018), un caso complejo debido a la alta comorbilidad: su psicopatología cumplía los criterios para trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno depresivo mayor, leve, y trastorno por déficit de atención.

Los objetivos que él definió para su tratamiento eran “no permitir que el miedo a un ataque de pánico me impida hacer lo que quiero hacer (por ejemplo, cortarme el pelo, ir al dentista, a partidos de básquet, a reuniones familiares, a clase, etcétera)”;

“aprender a no preocuparme por minucias y no permitir que la preocupación interfiera con mi productividad” y “cursar normalmente en la facultad”.

Jerarquía de Exposición a las Emociones de Juan

	Descripción	Evitación	Malestar
1	Entregar las tareas a tiempo aunque no cumplan mis requisitos perfeccionistas	7	9
2	Ir a fiestas sin que X me acompañe	7	7
3	Contestar los email en menos de 24hs sin reescribirlos ni controlarlos más de una vez	6	6
4	Escribir las tareas en un documento sin hacerle back up	6	6
5	Proseguir con las tareas sin importar lo concentrado que esté	6	6
6	Tocar superficies “contaminadas” sin lavarme las manos	5	6
7	Salir con mis amigos de acuerdo a lo planeado	4	4

Como puede verse, en la jerarquía se mezclan objetivos relacionados con sus síntomas de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad social, de pánico y agorafobia.

Módulo 8. Reconocer los logros y mirar al futuro

En la sesión final del tratamiento se repasan los principales conceptos y se revisa el progreso del paciente. Si corresponde, se encontrarán las razones de la falta de mejoría o de las limitaciones en el logro de los objetivos del tratamiento, tales como un error diagnóstico, falta de adhesión, falta de comprensión de los principios, metas de tratamiento irreales, etcétera. Como es inevitable que surjan futuros hechos estresantes y, como es probable que en algún momento reaparezcan los síntomas, se analizan estrategias específicas para conservar y expandir lo que el paciente consiguió durante la terapia.

Ventajas de un enfoque transdiagnóstico para el tratamiento de los trastornos emocionales

Kennedy y Barlow (2018) consideran que incorporar una perspectiva transdiagnóstica a la conceptualización del caso clínico ofrece los siguientes beneficios:

1. Focalizarse en las características comunes de la psicopatología emocional permite priorizar los factores etiológicos y de mantenimiento que contribuyen a las dificultades del paciente. Revela procesos importantes que podrían no ser capturados por la evaluación en categorías tradicional y facilita tener objetivos de tratamiento eficientes y personalizados.
2. Un enfoque transdiagnóstico está bien preparado para comprender las conexiones funcionales entre síntomas de más de un diagnóstico. Por ejemplo, un terapeuta que trata un paciente cuyo problema principal es el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, pero que también tiene ansiedad social subclínica podría planear una exposición en la que se presenta ante nuevos compañeros de trabajo y estrecha sus manos para incrementar simultáneamente su tolerancia a la ansiedad social y a la ansiedad a la contaminación.
3. Un enfoque transdiagnóstico también ilumina el papel de emociones como culpa, enojo, vergüenza que frecuentemente contribuyen a la psicopatología. Como están fuera de las categorías diagnósticas tradicionales, a un paciente que, por ejemplo, experimenta sentimientos de enojo y miedo frecuentes e intensos y recurre a estrategias similares de evitación se lo diagnostica como Trastorno de Pánico y se pasa por alto su problema con el enojo, pese a la disfunción que éste causa.
4. Un enfoque transdiagnóstico puede ayudar a identificar importantes diferencias dentro de una categoría diagnóstica que parece similar en la superficie. Por ejemplo, el trastorno de uso de alcohol de un individuo que lo consume para evitar frecuentes e intensas emociones negativas puede tratarse en forma similar a otros trastornos emocionales. Pero si el trastorno de uso de alcohol se relaciona con una psicopatología externalizante desinhibida más que con una internalizante, otras formas de tratamiento, por ejemplo, la entrevista motivacional, serían las indicadas.

5. Al permitir conceptualizar dificultades heterogéneas como proviniendo de los mismos procesos básicos, la conceptualización transdiagnóstica del caso resulta menos abrumadora para terapeutas y pacientes. Los pacientes pueden aliviar el peso de tener dos, tres o más diagnósticos. A los terapeutas, por su parte, se les alivia la carga de elegir en cual trastorno centrarse primero, la difícil pregunta “¿Por dónde empiezo?”, especialmente difícil cuando se trata de casos con trastornos emocionales complejos. Por ejemplo, un individuo puede cumplir los criterios de múltiples trastornos, tales como ansiedad generalizada, trastorno de pánico y depresión mayor y el terapeuta identificar que todos los problemas se deben a que siente aversión por sus frecuentes e intensas emociones negativas. Además, como el enfoque transdiagnóstico es ampliamente aplicable a diversos pacientes, esto lo hace ideal para el terapeuta novicio, ya que lo exime de aprender 10 o 15 protocolos diferentes para tratar los trastornos emocionales.

Sintetizando, detectar las semejanzas entre diagnósticos e inclusive problemas no diagnosticables -porque no existen categorías diagnósticas para ellos o porque los síntomas son subclínicos- permite brindar a los pacientes una explicación más parsimoniosa de sus dificultades y un tratamiento único diseñado para ayudarlos en una gama de problemas.

Varios estudios preliminares demostraron la eficacia del PU. En uno de ellos, un pequeño estudio de 37 participantes con asignación al azar a PU o lista de espera, el PU resultó ser un tratamiento eficaz para una serie de trastornos de ansiedad y los pacientes continuaron mejorando inclusive 18 meses después de terminado el tratamiento (Farchione et al., 2012).

En 2017 se publicó el estudio más importante hasta ahora (Barlow et al., 2017), financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. Se asignaron 223 pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social y trastorno obsesivo-compulsivo a ser tratados con el PU o el protocolo para el trastorno principal o asignados a lista de espera. Los resultados al finalizar los tratamientos y en el seguimiento seis meses después de terminados indicaron claras ventajas de los tratamientos con respecto al grupo control. Por otra parte, el PU fue igual de eficaz -no más eficaz- que los protocolos específicos, tanto al finalizar como seis meses después. Cabe destacar que una menor cantidad de pacientes desertó del PU, en comparación con los protocolos específicos.

También se examinó si el PU cambiaba las dimensiones de la personalidad disminuyendo Neuroticismo (disposición a experimentar emociones negativas) y aumentando Extraversión (disposición a experimentar emociones positivas). Los resultados revelaron que, comparado con lista de espera, el PU produjo efectos entre pequeños y moderados sobre estas dimensiones de la personalidad desde el pre-tratamiento al pos-tratamiento; los cambios se relacionaban con mejorías en el nivel

de funcionamiento y la calidad de vida. Estos resultados subrayan la importancia de evaluar también los cambios en la personalidad cuando se consideran los resultados de los tratamientos.

Conclusión

Para finalizar, todo indica que el PU es el futuro del tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos emocionales. Pero es necesario que muchos otros estudios corroboren que es igual de eficaz que los protocolos específicos, con la ventaja agregada de apuntar simultáneamente a las dimensiones subyacentes de alto Neuroticismo y baja Extraversión. Sobre todo es imprescindible que grupos de investigación independientes de sus creadores de la Universidad de Boston lleguen a las mismas conclusiones. Queda también pendiente comprobar que sea igual de eficaz que los protocolos específicos en el caso de los trastornos depresivos unipolares y por estrés postraumático.

Actualmente Barlow y su equipo investigan la aplicación del PU al trastorno límite de la personalidad, el cual cuenta con fuertes componentes de trastorno emocional; a los trastornos de la alimentación, a los cuales la investigación ubica dentro de los trastornos emocionales; al trastorno bipolar con trastornos de ansiedad comórbidos; a los trastornos de ansiedad con trastorno de uso de alcohol comórbido y a muchas otras patologías (Barlow y Farchione, 2018). Estas aplicaciones están siendo evaluadas recién con estudio de casos, por lo cual falta corroborar su eficacia con metodología más rigurosa.

En la Asociación de Terapia Cognitiva y Conductual del Litoral utilizamos el PU en pacientes con trastornos emocionales desde el año 2013, con resultados muy satisfactorios que se trasuntan al comparar los tests MMPI-2 y NEO-PI-R del comienzo y fin del tratamiento. Con los mismos buenos resultados lo hemos aplicado habitualmente a pacientes con trastorno límite de la personalidad sin intentos de suicidio reiterados ni autolesiones graves ni necesidad de internación (que constituyen la mayoría de los pacientes con dicho trastorno).

Por todas las razones expuestas en este trabajo, recomendamos enfáticamente que los psicólogos clínicos empiecen a estudiar y aplicar el PU.

REFERENCIAS

- Barlow, D. H. & Farchione, T. J. (Eds.). (2018). *Applications of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*. Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior therapy*, 35(2), 205-230. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875-884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. T. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2015). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales*. Alianza Editorial.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray-Latin, H., Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T. & Cassiello-Robbins, C. (2018). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Brown, T. A. & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological assessment*, 21(3), 256.
- Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 408. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.3.408>
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R. & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of abnormal psychology*, 110(4), 585-599. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.4.585>
- Brown, T. A., Chorpita, B. F. y Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of abnormal psychology*, 107(2), 179-192. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.2.179>
- Eysenck, H. J. (1950). *Dimensions of personality* (Vol. 5). Transaction Publishers.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W., & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43(3), 666-678. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>
- Kennedy, K. A. & Barlow, H. D. (2018). Applications of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: An Introduction. En D. H. Barlow & T. J. Farchione (Eds.). *Applications of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders* (pp. 1-16). Oxford University Press.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): a dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of abnormal psychology*, 126(4), 454. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- McCrae, R. R. & Costa, P. T., Jr. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American psychologist*, 52(5), 509. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.5.509>

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping people change*. Guilford Press.

Shin, L. M. & Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 169. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.83>

Westra, H. A., Arkowitz, H. & Dozois, D. J. (2009). Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1106-1117. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.014>