



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL  
SANITARIA**

Curso 2019-2020

Trabajo Fin de Máster

**Efectividad y eficiencia de la aplicación del Protocolo  
Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico Grupal de  
los Trastornos Emocionales en Atención Primaria**

Autora: Marina Sola Ocetta

Tutor: Diego Maciá Antón

*Convocatoria: Junio 2020*





## RESUMEN

El principal punto de contacto con la salud mental para la mayoría de los pacientes es el ámbito de atención primaria. La introducción del psicólogo sanitario en este nivel asistencial puede facilitar el acceso a los tratamientos psicológicos eficaces. La Terapia Cognitivo-Conductual Transdiagnóstica (TCC-T) cuenta con apoyo empírico en una amplia variedad de problemas psicológicos, particularmente para los trastornos de ansiedad y la depresión. El objetivo principal que planteó el presente proyecto fue el de aplicar el Protocolo Unificado de Barlow et. al. (2019) para el tratamiento de los trastornos emocionales en el ámbito de atención primaria, comprobando así su efectividad para la reducción de síntomas emocionales y su eficacia como intervención breve aplicada en formato grupal. Para ello, se utilizó un diseño experimental con dos grupos, uno de tratamiento (Tratamiento cognitivo-conductual grupal) y un grupo control en lista de espera (Tratamiento convencional farmacológico), incluyendo medidas pre y post-tratamiento. Participó una muestra de 20 pacientes con trastornos emocionales que cumplieron los criterios de inclusión/exclusión del estudio y fueron asignados a los grupos de manera aleatoria por bloques. Los resultados de este estudio mostraron una reducción de los síntomas iniciales. Estos datos pretenden promover la implantación de tratamientos psicológicos dirigidos a los trastornos mentales más prevalentes en Atención Primaria, aportando evidencia sobre la efectividad y eficacia del Protocolo Unificado de Barlow et al. (2019) a pacientes adultos con trastornos ansioso-depresivos.

*Palabras clave:* terapia cognitivo-conductual, terapia grupal, protocolo unificado, transdiagnóstico, trastornos emocionales, ansiedad, depresión, adultos, atención primaria.



## ABSTRACT

The main area of contact with mental health for most patients is the primary care setting. The introduction of the psychologist at this care level can facilitate the access to effective psychological treatments. Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Therapy (TCC-T) has empirical support in a wide range of psychological problems, particularly for anxiety disorders and depression. The main objective of this project was to apply Barlow et al. (2019) Unified Protocol for the treatment of emotional disorders in the primary care setting. Thus proving its effectiveness in reducing emotional symptoms and its efficacy as a brief intervention applied in group format. An experimental design with two groups was used, one treatment group (Cognitive-Behavioral Group Treatment) and a waiting list control group (Conventional Pharmacological Treatment), including pre- and post-treatment measures. A sample of 20 patients with emotional disorders who met the study's inclusion/exclusion criteria participated and were randomly assigned to the groups on a block basis. The results of this study showed a reduction in initial symptoms. These data are intended to promote the implementation of psychological treatments aimed at the most prevalent mental disorders in Primary Care and providing evidence on the effectiveness and efficiency of Barlow et al. (2019) Unified Protocol to adult patients with anxiety-depressive disorders.

*Keywords:* Cognitive-behavioral treatment, group therapy, Unified Protocol, transdiagnostic, Emotional Disorders, anxiety, depression, adults, primary care.



## INTRODUCCIÓN

La realidad actual revela que el principal punto de contacto con la salud mental para la mayoría de los pacientes es el médico de familia y que el 80% de los pacientes psiquiátricos atendidos en salud mental proceden del ámbito de la atención primaria (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). Este hecho se constata si consideramos la elevada prevalencia de los problemas relacionados con la salud mental en este nivel asistencial, que oscilan entre un 18 y un 39% según diferentes estudios, y que sólo alrededor del 10% son derivados (Téllez et al., 2005). En la Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) de 7 de mayo de 2019, se hace público el nuevo *Marco estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria* bajo un enfoque multidisciplinar señalando la importancia de potenciar la figura del psicólogo en el ámbito del sistema sanitario y protocolizar los circuitos de derivación. En las últimas publicaciones de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, señalan que, en la atención diaria los médicos de familia atienden entre un 15 a 18% de pacientes con algún tipo de trastorno mental o patología psiquiátrica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

Strosahl (2005) afirma que los investigadores sanitarios han aceptado ampliamente que, en Estados Unidos, la atención primaria es, “de facto”, el sistema de salud mental. La necesidad de prestar apoyo a la Atención Primaria ha llevado al sistema de salud australiano auspiciar un proyecto de integración de psicólogos sanitarios en la asistencia primaria (Vagholkar et al., 2006). Otro de los países pioneros fue Reino Unido, cuando en 2008, introdujo un programa de “Mejora del Acceso a las Terapias Psicológicas” (Improving Access to Psychological Therapies, IAPT), con la finalidad de tratar los trastornos emocionales aplicando técnicas cognitivo-conductuales en Atención Primaria,



siguiendo las recomendaciones de las Guías elaboradas por el Instituto Nacional de la Excelencia para la Salud y la Atención del Reino Unido (National Institute for Health and Care Excellence, NICE). (Infocop, 2018).

La mayoría de los trastornos que se tratan en este entorno de la atención primaria son Trastornos Emocionales (TE), entre ellos predominan los trastornos que forman parte del espectro de la ansiedad (Trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno de pánico, agorafobia...) y los trastornos depresivos (Depresión mayor, distimia...).

En los últimos años, se han desarrollado numerosas propuestas para dar respuesta al conjunto de Trastornos Emocionales. Los enfoques transdiagnósticos suponen un cambio en el tratamiento de estos, ya que sostienen que, a pesar de ser patologías clínicas diversas, comparten aspectos comunes en áreas cognitivas, conductuales y/o emocionales (García-Escalera et al., 2016, Sandín et al., 2012). La aplicación de la terapia cognitivo conductual transdiagnóstica (TCC-T) supone la utilización de los mismos principios de tratamiento para diferentes diagnósticos, sin necesidad de adaptarlo a diagnósticos específicos (Espejo et. al., 2016).

Barlow et. al. (2004) propone un tratamiento unificado de terapia cognitivo-conductual común para trastornos de ansiedad y depresión, fundamentándose en el trabajo de tres componentes principales: 1) Reevaluación cognitiva, 2) Prevención de la evitación emocional cognitiva y conductual, 3) Modificar las tendencias a actuar bajo el impulso de las emociones. Más tarde, Barlow y cols. (2011) desarrollan un protocolo unificado (PU) para el Abordaje Transdiagnóstico de Trastornos Emocionales de



Trastornos Emocionales “The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide and Workbook (UP; Barlow et. al., 2011).

Existen diversos estudios que evalúan y avalan este protocolo de tratamiento transdiagnóstico en diferentes países como Japón, Australia, Argentina España, Estados Unidos, etc.; los resultados revelan una reducción significativa de los síntomas emocionales (ansiosos y depresivos) y un mantenimiento en las evaluaciones de seguimiento (Bullis et. al. 2014; Farchione et al., 2012; Osma, Castellano, Crespo y García-Palacios, 2015; Grill, Castañeiras y Fasciglione, 2017). También comprueban la evidencia en comparación al tratamiento habitual en Atención Primaria (Ejeby et al., 2014)

En España, se cuenta con pocos trabajos sobre la efectividad del PU en pacientes tratados en el sistema público de salud en formato grupal. Existe un potente estudio llevado a cabo por el grupo de investigación “PsicAP” que desarrolla un ensayo clínico sobre la aplicación del tratamiento transdiagnóstico en el ámbito de la atención primaria, aleatorizando un gran número de sujetos (N=1126) de diferentes contextos y centros de salud de España (González-Blanch et al., 2018). La difusión de este estudio ha permitido que en algunas Comunidades Autónomas, como Madrid, Cataluña o Asturias, se haya incorporado la figura del psicólogo al ámbito de la Atención Primaria (Infocop, 2017).

Se destaca además, otro estudio piloto en una unidad de salud mental pública en Escala con 11 pacientes con diagnóstico primario de Trastorno Emocional (Osma, Castellano, Crespo y García-Palacios, 2015), el resto de trabajos que podemos encontrar en referencia a la aplicación del PU en formato grupal se aplican a mujeres víctimas de



violencia intrafamiliar, en trastornos emocionales de niños/as y adolescentes. El resto de estudios se aplican individualmente a casos concretos como depresión perinatal, esquizofrenia resistente al tratamiento... (Osma, 2019).

En el contexto de la Atención Primaria, cada vez son más frecuentes los tratamientos poli-farmacológicos y la extensión de los mismos un tiempo prolongado fuera de la indicación terapéutica, a pesar de que en numerosas ocasiones la primera línea de tratamiento sería el tratamiento psicológico (Gaudiano y Miller, 2013). Es por este motivo, que parece interesante e innovador, para seguir aumentando la investigación actual, poder realizar un estudio introduciendo la figura del psicólogo de manera preventiva, en el ámbito de atención primaria y permitir la atención de los Trastornos Emocionales, en este nivel asistencial de manera protocolizada.

Recientemente, la primera edición del PU se ha revisado y actualizado debido a la aplicación del PU a una mayor muestra de pacientes, constanding de suficiente apoyo empírico para su utilización en una amplia gama de trastornos. Esta nueva edición cuenta con el apoyo de un estudio aleatorizado con una muestra (N= 223) comparando el PU con protocolos basados en la evidencia diseñados para tratar diagnósticos específicos.

Los resultados indicaban que los síntomas con el PU mejoraban de forma similar a otros tratamientos validados, reduciendo sintomatología y con menor tasa de abandono que otros tratamientos (Barlow et. al, 2019).

Este proyecto se propone aplicar la segunda edición actualizada y revisada del Protocolo Unificado (PU) para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emociones de Barlow et al. (2019) en Atención Primaria.



Con respecto al formato seleccionado de aplicación, el PU tiene evidencias tanto de su aplicación individual como en grupo, puede suponer una ventaja de eficiencia aplicarlo en grupo, ya que el profesional lo haría en un 25% del tiempo que le costaría tratar al mismo número de pacientes en formato individual (Barlow et al., 2019). Se ha elegido este tipo de formato adaptándonos al contexto en el que se va a intervenir, la Atención Primaria, ya que es fundamental que este tratamiento sea eficiente ahorrando así costes para el Sistema Nacional de Salud (SNS), atendiendo a un mayor número de pacientes a la vez, reduciendo las listas de espera, siendo más costo-efectivo que el formato individual y aprovechando los beneficios del formato grupal como pueden ser una mayor motivación de los pacientes por esforzarse más, escuchar a otras personas con problemas similares a los suyos, normalizando así su propia experiencia emocional y atenuando el estigma. Es importante contar con este tipo de tratamientos basados en la evidencia y costo-efectivos para las políticas de salud mental, ya que la falta de atención psicológica requiere una solución práctica y urgente (Osma, 2019).

La *finalidad* del proyecto de investigación propuesto será aportar evidencia clínica sobre la efectividad del PU en una muestra de pacientes adultos con trastornos emocionales, siendo administrado en grupo en el área de Atención primaria, demostrando además que es una intervención eficiente debido a su naturaleza transdiagnóstica.

El *objetivo principal* que plantea el presente proyecto de investigación será aplicar el Protocolo Unificado de Barlow et. al. (2019) para el tratamiento de los trastornos emocionales en formato grupal en el ámbito de atención primaria introduciendo la figura del psicólogo sanitario en este nivel asistencial.



Derivados de este objetivo principal, surgen los siguientes *objetivos específicos*:

a) Comprobar la efectividad del Protocolo Unificado (PU) de Barlow et al. (2019) en la reducción de síntomas emocionales (mejora del afecto, calidad de vida, adaptación...) y reducción en la severidad del diagnóstico principal, a través de la evaluación de los resultados comparando las escalas pre y post tratamiento del grupo experimental, siendo contrastado con el grupo control.

b) Comprobar la eficiencia del Protocolo Unificado (PU) de Barlow et al. (2019) como intervención breve aplicándolo en formato grupal ofreciendo un entorno de apoyo social y reduciendo así costes para el SNS, frente a los costes del tratamiento tradicional (farmacológico).

La *hipótesis* principal será que, con la intervención grupal en atención primaria, a través del Protocolo Unificado mejorarán los resultados de la evaluación pre-tratamiento del grupo tratamiento frente el grupo control (tratamiento convencional farmacológico).



## MÉTODO

### Participantes

La muestra del estudio se ha obtenido del Servicio de Atención Primaria del Centro de Salud La Loma (Torrevieja). Después de plantear el estudio en el servicio de investigación, se acordó reclutar a la muestra a partir de un primer screening realizado por los médicos de atención primaria (MAP) y el coordinador de enfermería. Se elaboró una tabla\* recogiendo estos criterios de inclusión/exclusión, así como el tipo de diagnósticos que se incluían el estudio, facilitando con ello la búsqueda de pacientes al personal sanitario. (\*Se adjunta en el apéndice: ANEXO 1). A continuación, se muestran cuáles fueron los criterios de participación en el estudio:

Criterios de *inclusión* al grupo:

- Pacientes adultos entre 18-65 años.
- Derivación del médico de atención primaria por sospecha de disfunción emocional o trastorno emocional diagnosticado.
- Sin presencia o comorbilidad con trastornos mentales severos (TOC, Espectro de la esquizofrenia, Trastorno bipolar, Trastornos de la Personalidad...) o alto riesgo suicida.
- Podrán participar pacientes con o sin tratamiento farmacológico ansiolítico o antidepresivo prescrito. No se recomienda que los pacientes abandonen la medicación antes de iniciar el tratamiento con el PU, sino que deben continuar con su dosis estable de medicación actual.



Los criterios de *exclusión* de la muestra son: menor de 18 años, estar en fase activa de la enfermedad al inicio de la intervención, encontrarse en tratamiento psicológico paralelamente a la intervención que se va a realizar, psicopatología severa y/o alto riesgo suicida al inicio del tratamiento.

Finalmente, del primer screening realizado por los MAP se derivaron un total de 22 pacientes que cumplieran a priori con los criterios establecidos en el estudio, así como los criterios para ser incluidos en categorías diagnósticas del espectro ansioso-depresivo según los manuales diagnósticos DSM-IV-TR y DSM-5. En todos los casos, los pacientes mostraban diferentes grados de intensidad de desregulación emocional.

De los 22 sujetos inicialmente evaluados, 2 no cumplieron con los criterios de inclusión/exclusión del estudio. Los 20 participantes restantes pasaron a formar parte del estudio, estos eran en su mayoría de nacionalidad Española (n=16) y también Francesa (n=1), Rusa (n=1), Argentina (n=1) y Uruguay (n=1). El grupo de pacientes de la muestra está conformado por 4 varones y 16 mujeres con un rango de edad de 19 a 65 años (M= 47, DT= 13,31). Se destaca además, que al comienzo del estudio, el 60% de los pacientes de la muestra estaba recibiendo tratamiento psicofarmacológico, condición que se mantuvo constante a lo largo del tratamiento. El resto de datos demográficos se incluyen en la Tabla 1.


 Tabla 1. *Datos sociodemográficos de los pacientes N=20.*

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Femenino	16	80
Masculino	4	20
<b>Educación</b>		
Estudios primarios (GE, Certificado de escolaridad)	9	45
Estudios secundarios (BAT, COU, PREU, FPM)	8	40
Estudios superiores (Grado, Diplomatura/licenciatura, FPS)	3	15
<b>Estado civil</b>		
Soltero/a	5	25
Viudo/a	0	0
Casado/a	9	45
Divorciado/a	6	30
<b>Situación laboral</b>		
Activo/a	5	25
Baja por enfermedad	4	20
Labores del hogar	3	15
Desempleado/a	7	35
Jubilado/a	0	0
Estudiante	1	5
<b>Tratamiento farmacológico actual</b>		
Ansiolítico	7	35
Antidepresivo	0	0
Ambos	5	25
Ninguno de los anteriores	8	40



## **Variables e Instrumentos**

### *Variables*

Las variables dependientes del estudio serán las medidas que se evaluarán antes y después de la intervención: nivel de ansiedad (MINI, GAD-7, BAI, HADS), de depresión (MINI, PHQ-9, BDI-II, HADS), afecto positivo y negativo (PANAS), preocupaciones (PSWQ) calidad de vida (Q-LES-Q) y severidad-discapacidad del trastorno (ODSIS, OASIS).

La variable independiente, será el tratamiento a través del PU y sus componentes terapéuticos: Psicoeducación sobre las emociones, Entrenamiento en conciencia emocional plena, Reevaluación cognitiva, Experiencia emocional, Conciencia Sensaciones físicas, Exposición emocional interoceptiva, Prevención de Recaídas.

### *Instrumentos*

Los instrumentos que se enumeran fueron cumplimentados por todos los sujetos del grupo experimental y los sujetos del grupo de control en el pretratamiento, todos ellos están validados y cuentan con buena fiabilidad y validez.

### *Pruebas diagnósticas*

1. *Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI* basada en criterios diagnósticos del DSM-IV y CIE-10 (MINI; Ferrando et al., 1998). La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de duración breve. Explora, para detección y/u orientación diagnóstica, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Es un instrumento fiable (3 estudios frente a CIDI y SCID).



2. *Escala de Evaluación de la Actividad Global* (EEAG; APA, 2002). Evalúa el funcionamiento general de la actividad psicosocial, social y laboral del sujeto en el periodo actual. Su coeficiente de correlación intraclase varía entre 0.61 y 0.91. Asimismo, se informe de una adecuada sensibilidad al cambio.

3. *Patient Health Questionnaire* (PHQ) es una versión autoadministrada del Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD; Baca et al., 1999) es una herramienta de diagnóstico (cribado) está validado y ha alcanzado gran difusión. Utilizaremos depresión (PHQ-9), ansiedad (GAD-7) y síntomas físicos (PHQ-15). Esta batería tiene buena sensibilidad (0'83) para detectar cualquier diagnóstico psiquiátrico y una especificidad en los módulos diagnósticos del 0'91 al 0'96. Estos instrumentos han demostrado su eficacia para detectar estos trastornos en Centros de Atención Primaria españoles (Muñoz-Navarro et al., 2017)

#### *Pruebas primarias*

4. *Inventario de depresión de Beck* (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996; Sanz, Perdigón, y Vázquez, 2003). Consta de 21 apartados, en los que el sujeto debe seleccionar una frase por apartado en función de su grado de identificación, el rango de puntuaciones oscila de 0 a 63. Muestra una buena consistencia interna en su versión española (Alfa de Cronbach=0.87).

5. *Inventario de Ansiedad de Beck* (BAI; Beck y Steer, 2011). Es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos, el rango de puntuaciones oscila de 0 a 63. El inventario BAI tiene una alta consistencia interna en su versión española (Alfa de Cronbach=0.93).



6. *Escala de ansiedad y depresión hospitalaria Halminton* (HADS; Terol et al., 2007). Se utiliza para detectar estados de depresión y ansiedad en el marco de las consultas médicas externas. La escala consta de 14 ítems, en los que el paciente debe señalar la opción de respuesta con la que se siente más identificado puntuando en una escala Likert. El resultado se refleja en dos puntuaciones: subescala de depresión y subescala de ansiedad. Esta prueba cuenta con homogeneidad entre los 14 ítems (Alfa de Cronbach= 0.86).

7. *Escala de severidad y discapacidad de la depresión ODSIS* (Overall Depression Severity and Impairment Scale; Barlow et al., 2011), muestra una alta consistencia interna (Alfa de Cronbach= 0.92) y de la Ansiedad OASIS (Overall Anxiety Severity and Impairment Scale; Norman, Cissell, Means-Christensen y Stein, 2006), también cuenta con alta consistencia interna (Alfa de Cronbach= 0.91). Cada una cuenta con 5 ítems para evaluar la severidad de los síntomas, será una medida continua de la severidad e interferencia de la sintomatología de ansiedad y depresión.

#### *Pruebas secundarias*

8. *Escala de Afecto Positivo y Negativo* (PANAS; Watson, Clark y Tellegen, 1988; Sandín et al., 1999). Medida breve que consiste en 20 ítems que expresan sentimientos o emociones (10 referidos a Afecto Positivo y 10 a Negativo). El formato de respuesta es tipo Likert. La PANAS ha demostrado una buena validez convergente y divergente, alfa de Cronbach= 0.84 para la escala de afecto positivo y alfa de Cronbach=0.80 para la escala de afecto negativo.

9. *Cuestionario de Preocupaciones* (PSWQ; Sandín, Chorot, Valiente, y Lostao, 2009). Evalúa síntomas relacionados con la tendencia a preocuparse, relacionadas con el



Trastorno de Ansiedad Generalizada. Este cuestionario demuestra buena consistencia interna (alfa de Cronbach=0.90) y estabilidad temporal test-retest ( $r=0.85$ ).

10. *Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer* (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q; Endicott, (1993) consta de 93 ítems que reflejan: satisfacción con la salud física, los sentimientos subjetivos de bienestar, trabajo, las tareas del hogar, escuela, actividades de ocio, relaciones sociales y actividades generales. Este cuestionario cuenta con una consistencia interna de 0.92 de media.

#### *Descripción de la intervención*

La *justificación* de la elección de la intervención cognitivo-conductual es que este tipo de tratamiento cuenta con suficiente apoyo empírico, demostrando una eficacia tipo 1 para el tratamiento de trastornos depresivos y del espectro de la ansiedad. El protocolo unificado (PU) de Barlow está basado en estos principios cognitivo-conductuales tradicionales. No obstante, sitúa los procesos emocionales en el foco del *objetivo*, haciendo que puedan modificarse mediante mecanismos psicológicos básicos de cambio. El *contenido* de la intervención se centra en desarrollar 5 habilidades centrales, dirigidas a los aspectos clave del procesamiento emocional, concretamente a las reacciones desadaptativas de las emociones, que conducen a estrategias de afrontamiento evitativas. Los módulos del tratamiento se sustentan en el modelo de los 3 componentes de las emociones: Pensamientos, sensaciones físicas y conductas. Los *destinatarios* de esta intervención son pacientes con diagnóstico principal de Trastorno Emocional (TE) y el *nivel* o formato de la intervención será grupal. Esta intervención se ajusta a la dinámica del nivel asistencial en el que se ubica, la atención primaria, permitiendo ser costo-eficaz y aprovechando el grupo como herramienta con *función* terapéutica y social.



## Procedimiento

### *Tutorización y reuniones previas*

Debido a que la investigadora principal del proyecto es alumna del Máster Psicología General Sanitaria ha sido tutelada durante la parte asistencial por el facultativo responsable y Jefe de Servicio de Salud Mental, el Dr. Jesús Enrique Mesones Peral. Antes de iniciar el proceso de validación por parte del Comité, se presenta y explica el proyecto en diferentes entidades del Hospital, para así conseguir la aceptación, aumentar el equipo de investigación y que el proyecto sea revisado y acogido por el servicio de investigación del hospital y director médico.... (\*Se adjunta en el apéndice todas las reuniones que se han mantenido: ANEXO 2).

### *Garantías Éticas*

Antes de comenzar el estudio y una vez presentado en diferentes servicios con buena aceptación, se forma el Equipo investigador multidisciplinar (Psiquiatra, Psicólogo, Médicos de AP) y se inicia el procedimiento para la aprobación del estudio por parte del Comité en el mes de marzo de 2019, preparando toda la documentación exigida para el mes de junio de 2019, que fue la siguiente:

- Protocolo de investigación versionado y fechado.
- Autorización del jefe de servicio Dr. Jesús Enrique Mesones Peral y Certificado de idoneidad del equipo colaborador. (\*Se adjunta en el apéndice: ANEXO 3 y 4)
- Hoja de información al paciente y Hoja de consentimiento del paciente.
- Compromiso del Investigador Principal y Carta de presentación
- Currículum vitae actualizado y Certificado de Buenas Prácticas Clínicas fechados y firmados de todo el equipo colaborador.
- Hoja de exención de tasas de evaluación y gastos de gestión administrativa.



Se pide en dos ocasiones solicitudes de aclaración por parte del Comité que hacen que se revise la documentación y se rectifiquen algunos puntos, finalmente a fecha de 25 de septiembre de 2019 se recibe el *dictamen favorable\** cumpliendo el estudio “Efectividad y eficiencia de la aplicación del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico grupal de los Trastornos Emocionales en Atención Primaria” o de manera abreviada “*EMOAP*” el quorum preceptivo legalmente por parte del Comité ético de Investigación con Medicamentos de los Hospitales Universitarios de Torrevieja y Elche-Vinalopó. (\*Se adjunta en el apéndice: ANEXO 5).

Además de contar con este dictamen favorable, se garantiza la confidencialidad en el tratamiento de la información de todos los sujetos participantes, ajustándonos a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Los datos recogidos para el estudio son identificados mediante un código “EMOAP+N<sup>o</sup>”, en ningún caso contendrán información que pueda identificar a los pacientes directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, n<sup>o</sup> de la seguridad social, etc...

Una vez que se establecen todas las garantías éticas de la investigación, comienza el procedimiento de la investigación desarrollado en 4 fases diferenciadas (Figura 1).

Figura 1. Fases de la investigación EMOAP.



### *Secuenciación del proyecto de investigación: Fases*

#### *Fase 1: Reclutación (Acceso a la muestra, agentes de la intervención...)*

Una vez se obtuvo el dictamen favorable por parte del Comité de Ética, a finales del mes de septiembre 2019. En octubre, se inicia la reclutación de los pacientes por parte del servicio de Atención Primaria siguiendo los criterios de inclusión/exclusión expuestos anteriormente y acordados en reuniones previas, gracias a ellos se accede a la muestra de pacientes con Trastornos Emocionales.

Si el paciente cumple los criterios de inclusión/exclusión, su Médico de Atención Primaria (MAP) le propone la participación en un tratamiento psicológico grupal cognitivo-conductual que tendrá una duración de 10 sesiones (Más dos sesiones de evaluación, una pre y otra post).



Si están interesados, son citados posteriormente por la investigadora principal para informarles detalladamente sobre el estudio, entregar la hoja de información y la de consentimiento al paciente y realizar la evaluación pre-tratamiento administrando todos los cuestionarios que forman parte del cuaderno de recogida de datos.

*Fase 2: Evaluación pre-tratamiento (Procedimiento de asignación a los grupos, pruebas administradas en cada fase...)*

A la evaluación pre-tratamiento acuden un total de 22 pacientes derivados por los médicos de atención primaria (MAP), de los sujetos inicialmente evaluados, 2 son eliminados por no cumplir con los criterios de inclusión/exclusión. Finalmente se conforma una muestra con 20 participantes (N=20), que cumplen los criterios del estudio. Las entrevistas de evaluación inicial son realizadas por la investigadora principal siguiendo el siguiente encuadre:

1. Presentación de la investigadora y establecimiento de alianza terapéutica.
2. Lectura de la hoja de información por parte del paciente, espacio para dudas y preguntas.\* (\*Se adjunta en el apéndice: ANEXO 6)
3. Si está de acuerdo, firma su consentimiento en la hoja de consentimiento del paciente.\* (\*Se adjunta en el apéndice: ANEXO 6)
4. Se codifican a los pacientes por orden de entrevista siguiendo la siguiente nomenclatura “EMOAP+01...”
5. Se comienza a rellenar el cuaderno de recogida de datos: para ello se pregunta sobre datos demográficos.\* (\*Se adjunta en el apéndice: ANEXO 6)
6. Contestación de los 10 cuestionarios estandarizados que forman parte del cuaderno de recogida de datos (Entre 75 y 90 minutos de duración).



- a. Se comienza con la entrevista MINI que es recogida y formulada por parte de la investigadora principal.
- b. Los otros 9 cuestionarios son auto-administrados por el paciente, explicando únicamente en voz alta las instrucciones al inicio de cada uno de ellos (Ver instrumentos).

El proceso de evaluación pre-intervención se llevó a cabo en los meses de octubre 2019 a diciembre 2020. Una vez se obtiene la muestra total (N=20) se asignó aleatoriamente por bloques de n=4 a los pacientes en las diferentes condiciones del estudio, asignando 2 pacientes al grupo de intervención y 2 al grupo control, quedando finalmente: Un grupo experimental tratamiento cognitivo-conductual grupal (n=10) y grupo control en lista de espera (n=10). El tamaño del grupo fue seleccionado en función de lo orientado en el PU (Barlow et al., 2019) y lo realizado en estudios previos de investigación donde se ha aplicado el protocolo en formato grupal (Bullis et. al. 2014; Fachine et al., 2012; Osma, Castellano, Crespo y García-Palacios, 2015; Grill, Castañeiras y Fasciglione, 2017). Una vez asignados, se llamó a los pacientes que formaron parte del grupo de tratamiento para el inicio de las sesiones.

Para contar con más garantías, no se comunicó a los médicos de atención primaria qué pacientes forman parte de cada condición experimental, evitando con ello aumentar los sesgos y que continúe el tratamiento convencional (seguimientos, tratamiento farmacológico...) con todos ellos, siendo así el método “ciego” para los MAP.



### *Fase 3: Tratamiento (Contexto de intervención, agentes)*

El tratamiento se realizó dentro del contexto de la Atención Primaria del Centro de Salud La Loma (Torrevieja). Su duración ha sido de dos meses y medio (enero-marzo). El tratamiento cognitivo-conductual se llevó a cabo en un total de 10 sesiones de tratamiento grupal a razón de una o dos sesiones semanales de 90-120 minutos de duración siguiendo las pautas establecidas por el PU (Barlow et al., 2019). Más dos sesiones de evaluación: una de evaluación pre y otra de evaluación post-tratamiento (La última todavía no realizada por la actual crisis sanitaria y por la imposibilidad de acudir al centro de salud).

La versión del Protocolo Unificado utilizada ha sido la última versión de Barlow et al. (2019) adaptando los contenidos de los módulos a las características de la intervención grupal. Las sesiones se estructuran a través del Manual del Terapeuta y del Manual del Paciente que se fue proporcionando de manera fraccionada junto a algunas fichas y registros para la realización de tareas para casa (\*Se adjunta en el apéndice: ANEXO 7) y con el objetivo de ser una guía científica sólida enfocada para los pacientes.

El PU se divide en ocho módulos de tratamiento (Cinco de ellos centrales), los módulos se sustentan en el modelo de los tres componentes de las emociones (pensamientos, sensaciones físicas y conductas), que contienen los componentes clave para la modificación y regulación de las experiencias emocionales, que a continuación se detallan:



- Módulo 1: Estableciendo objetivos y manteniendo la motivación (Sesión 1)
- Módulo 2: Comprendiendo las emociones (Sesión 2)
- Módulo 3: Conciencia emocional plena\* (Sesión 3,4)
- Módulo 4: Flexibilidad cognitiva\* (Sesión 5)
- Módulo 5: Oponiéndose a las conductas emocionales\* (Sesión 6)
- Módulo 6: Comprender y afrontar las sensaciones físicas\* (Sesión 7)
- Módulo 7: Exposiciones emocionales\* (Sesión 8,9)
- Módulo 8: Reconocer tus logros y mirar hacia el futuro (Sesión 10)

\*Módulos centrales. (Barlow et al., 2019)

A través de estos módulos se organiza y prepara el material para el contenido de las diez sesiones de tratamiento grupal que se llevan a cabo y se detallan a continuación (Tabla 2).

Tabla 2. Descripción de los objetivos y contenido de las sesiones de grupo a través del Protocolo Unificado.

SESIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDOS
1	Establecimiento de objetivos y aumento de la motivación al cambio de los pacientes	-Presentación de todos los miembros del grupo y del programa de tratamiento -Establecimiento de objetivos -Comprensión de las dificultades/problemas más importantes de los pacientes, dentro del marco transdiagnóstico -Incrementar la motivación y compromiso: Valorar los pros/contras del cambio -Esfuerzos para evitar, escapar o controlar las emociones. -Tareas para casa
2	Comprender las emociones, psicoeducación	-Revisión de tareas para casa y repaso de la semana -Psicoeducación de los trastornos emocionales: la naturaleza de las emociones, modelo de los 3 componentes -Reconocer y registrar las experiencias emocionales -Comprendiendo las emociones y conductas: las respuestas aprendidas -Tareas para casa
3	Practicar la conciencia emocional plena	- Revisión de tareas para casa y repaso de la semana -Psicoeducación sobre la definición de conciencia emocional plena: conciencia emocional sin juzgar -Ejercicio de meditación guiada -Tareas para casa: Meditación diaria
4	Practicar la conciencia emocional plena	- Revisión de tareas para casa y repaso de la semana -Atención plena a cada componente de una experiencia emocional: físico, conductual, cognitivo -Meditación induciendo una emoción: Canción -Tareas para casa: "Anclarse en el presente"
5	Potenciar la flexibilidad cognitiva, relación entre pensamientos y emociones	-Revisión de tareas para casa y repaso de la semana -Se centra en el componente cognitivo de la respuesta emocional -Se explica el papel que tienen los pensamientos en las experiencias emocionales y los patrones de pensamientos automáticos -Errores de pensamiento más frecuentes -Generación de interpretaciones alternativas sobre la emoción: lista de preguntas -Tareas para casa



SESIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDOS
6	Identificar patrones conductuales de evitación emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisión de tareas para casa y repaso de la semana</li> <li>-Se centra en el componente conductual de la respuesta emocional</li> <li>-Revisamos el papel de las conductas emocionales en el desarrollo/mantenimiento de respuestas emocionales desadaptativas.</li> <li>-Practicar acciones alternativas</li> <li>-Tareas para casa</li> </ul>
7	Comprender y afrontar las sensaciones físicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se centra en el componente físico de la respuesta emocional</li> <li>-Ejercicios y exposiciones centradas en las sensaciones físicas ayudarán al paciente a aprender a tolerar e interpretar las sensaciones</li> <li>-Romper asociación entre sensaciones y emociones intensas como el miedo, ansiedad y tristeza</li> <li>-Ejercicio a través de una pajita</li> <li>-Tareas para casa</li> </ul>
8	Practicar las exposiciones emocionales internas y externas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisión de tareas para casa y repaso de la semana</li> <li>-Explicación del concepto "exposición emocional"</li> <li>-Repaso de estrategias de afrontamiento: Conciencia centrada en el presente, no juzgar, reinterpretación cognitiva, abordar la evitación.</li> <li>-Tareas para casa</li> </ul>
9	Practicar las exposiciones emocionales internas y externas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisión de tareas para casa y repaso de la semana</li> <li>-Ejercicios para provocar respuestas emocionales intensas</li> <li>-Elaborar una jerarquía de exposición emocional</li> <li>-Tareas para casa: Practicar repetidamente el afrontamiento a las emociones intensas</li> </ul>
10	Identificar logros y anticipar las futuras dificultades que podrían aparecer	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisión de tareas para casa y repaso de la semana</li> <li>-Evaluar el progreso del paciente y planificar el futuro</li> <li>-Se revisan los conceptos clave del tratamiento</li> <li>-Estrategias para la prevención de recaídas: Mantener los beneficios del tratamiento a largo plazo.</li> </ul>



#### *Fase 4: Evaluación post-tratamiento*

Dado que la última sesión de tratamiento tuvo lugar el jueves 12 de marzo, y tras iniciarse la crisis sanitaria debida al COVID-19, no ha sido posible poder acudir al centro de salud para realizar las entrevistas post-tratamiento.

Debido a que este proyecto de investigación, ha sido aprobado por el hospital y su desarrollo futuro es algo interesante para la Unidad de Salud Mental y el equipo de Atención Primaria, se ha garantizado su continuación cuando finalice el estado de alarma.

Actualmente, se continúa manteniendo un seguimiento telefónico cada 15 días con todos los pacientes participantes en el estudio para garantizar el mantenimiento de los resultados conseguidos en el tratamiento grupal y con el compromiso de retomar la investigación cuando la situación lo permita.

Es por ello, que no se pueden ofrecer resultados cuantitativos por el momento de este proyecto de investigación, pero sí otros datos de índole cualitativa:

- Mejora de los Síntomas Físicos: Reducción de síntomas ansiosos y depresivos (Puede observarse en la reducción de ataques de pánico/ansiedad, mejora de los trastornos del sueño, mayor tolerancia de las sensaciones físicas desagradables, mejorías de otros síntomas físicos -como el dolor-, incorporación a la práctica de meditación diaria, centrarse en el aquí y ahora).
- Adquisición de estrategias para la mejora de Síntomas Psicológicos/Cognitivos: Re-interpretación de los pensamientos automáticos negativos, comprensión de las emociones y su funcionamiento, mayor autoestima, aprendizaje para la descomposición de la emoción en partes para que se reduzcan los síntomas asociados.
- Apertura social y rechazo del aislamiento: Aceptación social a través del grupo, creación de vínculos de amistad más allá de la terapia, comunicación asertiva,



comprensión grupal, acompañamiento emocional, acercamiento social y mejora de las relaciones familiares.

- Conductual: Búsqueda activa de empleo, rechazo a conductas de evitación, exposición a situaciones desagradables, práctica de ejercicio físico, cambio de conductas desadaptativas por otras más ajustadas.

Al finalizar las sesiones de grupo, todos los pacientes expresaron de manera verbal su satisfacción con el protocolo de tratamiento y las condiciones de su aplicación. La mayoría expresaron su experiencia gratificante con el formato grupal, ya que les permitió crear vínculo con otras personas que estaban pasando por una situación similar, sentirse aceptados y respetados por parte del grupo, poder acceder a un tratamiento psicológico en su centro de salud como parte del servicio de atención primaria, abandonar el sentimiento de soledad o de incomprensión, así como poder ayudar y ser ayudados a la vez de escuchar y ser escuchados. Pero el mejor resumen, es citar las palabras que los propios pacientes han ido compartiendo a lo largo de todo el tratamiento:

- *“He aprendido que debo ser yo el que se acepte y no los demás”*
- *“Ser entendido me ha ayudado y aliviado, me he quitado mucha presión”*
- *“Estar con todos vosotros (el grupo) es como mirarte en un espejo y de repente comprender muchas de las cosas que tenías escondidas”*
- *“Siento que una nueva yo está despertando, esta experiencia está siendo una de las mayores oportunidades que me ha dado la vida”*
- *“Te crees que estás sólo y que ya no sirves para nada, pero gracias a vosotros me he sentido uno más, y he sentido que soy especial”*
- *“Poder compartir el dolor y la frustración es de las cosas que más me ha ayudado”*
- *“Me sentía sólo en un pozo negro sin salida, gracias a esto he empezado a mirar hacia otro lado y después de muchos años, veo la luz”*



## Tipo de diseño

El diseño de investigación que se ha utilizado es experimental, contando con dos grupos: Uno grupo de tratamiento (Tratamiento cognitivo-conductual grupal) y un grupo control en lista de espera (Tratamiento convencional farmacológico). Con variables de respuesta medidas en los momentos pre-tratamiento y post-tratamiento. Los pacientes se clasifican por orden de entrevista y evaluación, la asignación a los grupos se realizó de manera aleatoria por bloques (N=4 por cada bloque), asegurando con ello el balance numérico de los grupos, asignando por cada bloque al azar, dos pacientes al grupo de tratamiento y dos al grupo control. En la siguiente tabla, se muestra el proceso.

Tabla 3. *Proceso de aleatorización por bloques.*

**Tabla cruzada CÓDIGOPACIENTE\*GRUPO**

Recuento		GRUPO		Total
		CONTROL	TRATAMIENTO	
CÓDIGOPACIENTE	EMOAP01	1	0	1
	EMOAP02	0	1	1
	EMOAP03	0	1	1
	EMOAP04	1	0	1
	EMOAP05	0	1	1
	EMOAP06	0	1	1
	EMOAP07	1	0	1
	EMOAP08	1	0	1
	EMOAP09	0	1	1
	EMOAP10	0	1	1
	EMOAP11	1	0	1
	EMOAP12	1	0	1
	EMOAP13	1	0	1
	EMOAP14	1	0	1
	EMOAP15	0	1	1
	EMOAP16	0	1	1
	EMOAP17	1	0	1
	EMOAP18	0	1	1
	EMOAP19	1	0	1
	EMOAP20	0	1	1
Total		10	10	20



## Análisis de los datos

Para evaluar la intervención realizada se utilizarán con resultados en las escalas propuestas en dos momentos: pre-tratamiento y post-tratamiento. Para llevar a cabo los análisis estadísticos se utilizará el paquete estadístico SPSS en su versión 25.0.

Se comprobará además la información clínica relevante respecto al pre y post tratamiento para comprobar si ha influido en la mejora del estado clínico de los pacientes. Se utilizarán pruebas estadísticas no paramétricas dado el tamaño muestral de la investigación  $N=20$ , ya que se desconoce si los datos se ajustan a una distribución normal. Para comprobar el efecto de la intervención versus el efecto del tratamiento tradicional (farmacológico) para cada variable dependiente se calculará el porcentaje de cambio del momento pre (inicial) al momento post (final). Para obtener la diferencia de medias y realizar el análisis intragrupo, se compararán las medias de los porcentajes de cambio entre los grupos de tratamiento y control con la prueba de Wilcoxon que nos permitirá comparar la media de dos muestras relacionadas y se destacarán los resultados que obtengan diferencias estadísticamente significativas ( $p<.05$ ,  $p<.01$ ,  $p<.001$ ). Con ello podremos ver si existe una reducción significativa entre los momentos pre y post tratamiento de los valores medios en las escalas que reportan síntomas. Además, para calcular el tamaño del efecto entre las medias se calculará la  $d$  de Cohen.

## RESULTADOS

Tabla 4. *Diagnósticos principales de cada grupo y comorbilidad.*

Diagnósticos	Grupo 1 Control n (%)	Grupo 2 Tratamiento n (%)	Total N (%)
TP	2 (10%)	1 (5%)	3 (15%)
DM	3 (15%)	2 (10%)	5 (25%)
TAG	5 (25%)	4 (20%)	9 (45%)
DIS	0 (0%)	3 (15%)	3 (15%)
COM	6 (30%)	9 (45%)	15 (75%)

*Nota.* TP= Trastorno de pánico, DM= Depresión Mayor, TAG= Trastorno de ansiedad generalizada, DIS= Distimia, COM= Comorbilidad.

Después de aleatorizar a los pacientes a las diferentes condiciones (1= Grupo control en lista de espera; 2= Grupo tratamiento) en la Tabla 4, se muestran los diagnósticos principales según los criterios del DSM-IV, estos datos se obtienen a partir de la evaluación clínico-diagnóstica a través de la entrevista MINI.

Únicamente se detectan 5 pacientes con diagnóstico puro (Trastorno de pánico (Trastorno de angustia sin agorafobia) n=3; Trastorno de Ansiedad Generalizado n=1; Depresión Mayor n=1) observándose presencia de comorbilidad en los 15 pacientes restantes (Diagnósticos asociados más frecuentes son el trastorno de angustia con agorafobia y la fobia social...). Analizando los datos, puede observarse que la psicopatología más frecuente es la de Trastorno de Ansiedad Generalizada, presente como diagnóstico principal en el 45% de la muestra, seguida de la Depresión mayor que la padece un 25%, y por último el Trastorno de Pánico (15%) y la Distimia (15%). En términos de predominio psicopatológico, el 60% de los pacientes presentó algún trastorno de ansiedad como cuadro principal, y el 40% depresión (Depresión mayor o distimia).

Tabla 5. Estadísticos descriptivos Grupo Control en Lista de Espera y Grupo Tratamiento.

Estadísticos descriptivos. Grupo Control en Lista de Espera (n=10).

	N	Media	Desv. Desviación	Varianza	Asimetría		Curtosis	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Desv. Error	Estadístico	Desv. Error
EEAG	10	65,00	5,270	27,778	,000	,687	-2,571	1,334
PHQ-9	10	10,70	7,394	54,678	1,040	,687	1,797	1,334
GAD-7	10	10,40	5,929	35,156	-,099	,687	-,603	1,334
PHQ-15	10	12,60	6,132	37,600	-,061	,687	,395	1,334
BDI-II	10	24,00	13,308	177,111	,413	,687	-,125	1,334
BAI	10	28,50	11,287	127,389	,948	,687	,953	1,334
HADS (A)	10	11,00	5,270	27,778	,313	,687	-,369	1,334
HADS (D)	10	8,20	4,417	19,511	1,255	,687	2,143	1,334
ODSIS	10	9,00	6,000	36,000	-,062	,687	-,025	1,334
OASIS	10	13,20	6,321	39,956	-,062	,687	-1,716	1,334
PANAS (AP)	10	30,30	11,738	137,789	,231	,687	-,727	1,334
PANAS (AN)	10	32,80	6,356	40,400	-,052	,687	,697	1,334
PSWQ	10	41,40	13,117	172,044	-1,147	,687	,182	1,334
Q-LES-Q	10	44,0550	13,71291	188,044	-1,314	,687	2,571	1,334
N válido (por lista)	10							

Estadísticos descriptivos. Grupo Tratamiento (n=10).

	N	Media	Desv. Desviación	Varianza	Asimetría		Curtosis	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Desv. Error	Estadístico	Desv. Error
EEAG	10	61,00	3,162	10,000	3,162	,687	10,000	1,334
PHQ-9	10	17,10	6,607	43,656	,091	,687	-1,429	1,334
GAD-7	10	14,90	4,977	24,767	-,555	,687	-1,401	1,334
PHQ-15	10	16,50	4,478	20,056	,125	,687	-,829	1,334
BDI-II	10	32,70	11,823	139,789	,293	,687	-,728	1,334
BAI	10	33,80	12,891	166,178	-,404	,687	-,541	1,334
HADS (A)	10	13,10	4,886	23,878	-,040	,687	-1,331	1,334
HADS (D)	10	12,90	4,533	20,544	,108	,687	-,158	1,334
ODSIS	10	14,60	3,307	10,933	-,251	,687	-,752	1,334
OASIS	10	18,90	4,433	19,656	-,539	,687	-,722	1,334
PANAS (AP)	10	24,90	10,115	102,322	,258	,687	-1,731	1,334
PANAS (AN)	10	36,90	10,268	105,433	-1,294	,687	1,685	1,334
PSWQ	10	41,30	12,157	147,789	-1,247	,687	,375	1,334
Q-LES-Q	10	32,6290	7,74712	60,018	-1,108	,687	1,268	1,334
N válido (por lista)	10							

Tras el análisis descriptivo de la muestra, se utilizarán los siguientes estadísticos para realizar la prueba de Diferencia de Medias (Test de Wilcoxon) en las medidas pre-post de las medidas obtenidas. Esta diferencia de medias se realizará por separado, comparando al Grupo Control con su medida Post, para ver si ha mejorado tras continuar el Tratamiento Farmacológico y Médico tradicional, y por otro lado comparando al Grupo de Tratamiento con su medida Post, para ver si la intervención ha mejorado y reducido la sintomatología ansioso-depresiva, observando si las diferencias Pre-Post son significativas \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ .

Tabla 6. *Media y desviación típica en las medidas clínicas (Grupo Tratamiento) pre-test*

Variables	Grupo Tratamiento Pre-test (n=10)	Grupo Tratamiento Post-test (n=10)	Diferencia de Medias y Tamaño efecto Pre-Post
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>Z (d)</i>
EEAG	61.00 (3.16)	-	-
PRIME-MD			
PHQ-9	17.10 (6.61)	-	-
GAD-7	14.90 (4.98)	-	-
PHQ-15	16.50 (4.48)	-	-
BDI-II	32.70 (11.82)	-	-
BAI	33.80 (12.89)	-	-
HADS			
Ansiedad	13.10 (4.89)	-	-
Depresión	12.90 (4.53)	-	-
ODSIS	14.60 (3.31)	-	-
OASIS	18.90 (4.43)	-	-
PANAS			
Afecto Positivo	24.90 (10.11)	-	-
Afecto Negativo	36.90 (10.27)	-	-
PSWQ	41.30 (12.16)	-	-
Q-LES-Q	32.62 (7.74)	-	-

En la tabla 6, se muestra la comparación que se hará de cada grupo cuando se pueda realizar la evaluación post de los resultados de la intervención (Grupo tratamiento) así como los resultados post, obtenidos del grupo control en lista de espera (Que habrá



continuado el seguimiento de su médico de AP a través del tratamiento farmacológico tradicional). Esta comparación se realizará con estadística no paramétrica (Test de Wilcoxon) para comparar el rango medio de dos muestras relacionadas y determinar si existen diferencias entre ellas, en función del nivel de medición de las variables, del tamaño muestral.

## DISCUSIÓN

En este proyecto se presentan los datos clínicos resultantes del cumplimiento del objetivo principal del estudio que suponía la aplicación del Protocolo Unificado de Tratamiento Transdiagnóstico para Trastornos Emocionales, llevando a cabo una intervención grupal en el ámbito de Atención Primaria. A pesar de no poder contar con los resultados post-tratamiento, en términos generales se ha cumplido la hipótesis inicial ya que gracias al tratamiento han mejorado los resultados de la evaluación inicial debido a la evolución favorable en todos los pacientes, reduciendo de manera sustancial algunos de los síntomas clínicos que presentaban en un inicio, tanto físicos, como psicológicos/cognitivos, sociales y conductuales. Los estudios aportados por Bullis et al. (2014) y Osma et al. (2015) confirman las mejorías significativas de los pacientes tratados con la TCC-T en formato grupal.

Una vez que se evalúen los resultados post, las puntuaciones nos permitirán objetivar a través de los resultados pre-post, revelando con ello la magnitud y significación de las mejorías en las diferentes puntuaciones de las escalas (Afecto, preocupaciones, calidad de vida, severidad de los síntomas y en las medidas de los síntomas generales de ansiedad y estado de ánimo) concretando y cuantificando de esta manera el cumplimiento de los objetivos específicos de efectividad y eficiencia.



El PU ya ha acumulado suficiente apoyo empírico para su utilización en una amplia gama de trastornos, demostrando su eficacia en la reducción de la severidad del diagnóstico. El PU continúa enfatizando los principios fundamentales de la Terapia Cognitivo Conductual tradicional (TCC) aplicados a los trastornos emocionales.

Según las guías de práctica clínica, el TCC es un tratamiento con eficacia tipo I para los trastornos depresivos y de ansiedad (NICE, 2011) además de demostrar su eficacia en el tratamiento de la comorbilidad en los desórdenes emocionales.

La introducción de la figura del psicólogo sanitario al ámbito de Atención primaria, podría significar la reducción de las listas de espera en las Unidades de Salud Mental, así como aplicar tratamientos costo-eficaces para el Sistema Nacional de Salud y efectivos para la mejora sintomática de una diversa gama de trastornos emocionales cada día con mayor incidencia en la población. Será necesario continuar el seguimiento telefónico hasta la finalización del estado de alarma y la restauración de la normalidad. Se deberá continuar el seguimiento de estos pacientes en los próximos 3, 6 y 12 meses. Es necesario conocer que, como limitación del estudio, se deberán tomar con prudencia los resultados dado el tamaño de la muestra.

Con la finalidad de mejorar se propondrá continuar ampliando la muestra de pacientes y seguir realizando nuevas intervenciones grupales basadas en el PU para dotar de mayor fiabilidad el presente estudio, y comprobar que este tratamiento, en formato grupal, es eficaz y eficiente para su aplicación en trastornos emocionales. Por último, destacar que con la finalidad de poder continuar la investigación en un futuro mediante un programa de doctorado, este proyecto se presentó a los VII Premios de Talento Joven\*, promovidos por Bankia para conseguir becas de investigación, quedando finalmente entre los 10 últimos finalistas de la categoría de “Ciencia” consiguiendo cerca de 9000 votos (\*Se adjunta en el apéndice: ANEXO 8).

## REFERENCIAS

American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Baca E., Saiz J., Aguera L., Caballero L., Fernández-Liria A., Ramos J., Gil A., Madrigal M. y Porras, A. (1999). Validación de la versión española del PRIME-MD: Un procedimiento para el diagnóstico de trastornos mentales en atención primaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27(6), 375-83.

Barlow, D. H., Allen, L. B. y Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B. y Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook*. New York: Oxford University Press.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B. y Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray Latin, H., Ellard, K. K., Bullis, J.R., Bentley, K.H., Boettcher, H.T. y Cassiello-Robbins, C. (2018). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Workbook (2ª ed.)*. New York: Oxford University Press.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray Latin, H., Ellard, K. K., Bullis, J.R., Bentley, K.H., Boettcher, H.T. y Cassiello-Robbins, C. (2018). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist guide (2ª ed.)*. New York: Oxford University Press.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray Latin, H., Ellard, K. K., Bullis, J.R., Bentley, K.H., Boettcher, H.T. y Cassiello-Robbins, C. (2019). *Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Manual del terapeuta. Segunda edición revisada y actualizada*. Madrid: 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. y Cassiello-Robbins, C. (2019). *Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Manual del paciente. Segunda edición revisada y actualizada*. Madrid: Alianza Editorial.

Beck, A. T. y Steer, R. A. (2011). *Manual BAI: Inventario de Ansiedad de Beck*. Madrid: Pearson Educación.



Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory–II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Brown, T. A. y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the *DSM-IV* anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21, 256-271.

Bullis, J.R., Fortune, M. R., Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2014). A preliminary investigation of the long-term outcome of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55 (8), 1920-1927.

Cano-Vindel, A., Salguero, J. M., Mae Wood, C., Dongil, E., y Latorre, J. M. (2012). La depresión en atención primaria: Prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 33, 2-11.

Castellano Badenas, C., Osma, J., Crespo Delgado, E., y Femoselle Esclapez, E. (2015). Adaptación grupal del Protocolo Unificado para el Tratamiento de los Trastornos Emocionales. *Ágora de Salud*, 2, 151-162.

Ejebj, K., Savitskij, R., Öst, L. G., Ekblom, A., Brandt, L., Ramnerö, J., Asberg, M. y Backlund, L. G. (2014). Randomized controlled trial of transdiagnostic group treatments for primary care patients with common mental disorders. *Family practice*, 31(3), 273-280.



Endicott, J. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Q-LES-Q. *Psychopharmacol Bull*, 29, 321-326.

Espejo, E. P., Castriotta, N., Bessonov, D., Kawamura, M., Wer-  
dowatz, E. A. y Ayers, C. R. (2016). A pilot study of transdiagnostic group cognitive-behavioral therapy for anxiety in a veteran sample. *Psychological Services*, 13, 162.

Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. y Barlow, D.H. (2012). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43, 666-678.

Ferrando L., Bobes J., Gibert M., Soto M. y Soto O. (1998). *M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview: Versión en español 5.0.0 DSM-IV*. Madrid: Instituto IAP.

García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M. y Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21, 147-175.

Gaudiano, B. A. y Miller, I. W. (2013). The evidence-based practice of psychotherapy: Facing the challenges that lie ahead. *Clinical Psychology Review*, 33, 813-824.

González-Blanch, C., Ruiz-Torres, M., Cordero-Andrés, P., Umaran-Alfageme, O.,

Hernández-Abellán, A., Muñoz-Navarro, R. y Cano-Vindel, A. (2018). Terapia

cognitivo-conductual transdiagnóstica en Atención Primaria: Un contexto ideal.

*Revista de Psicoterapia*, 29 (110), 37-52.

Grill, S.S, Castañeiras, C. y Fasciglione, M.P. (2017). Aplicación grupal del Protocolo

Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en

población argentina. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22, 171-181.

Infocop (2017). Cada vez más Comunidades Autónomas se suman a la demanda de

psicólogos en AP. *Infocop Online*. Recuperado de:

[http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=6563&cat=44](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6563&cat=44)

Infocop (2018). Inglaterra apuesta por mejorar el acceso a las terapias psicológicas.

*Infocop Online*. Recuperado de: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=7267](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7267)

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de

los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado*, 294, de 6 de diciembre de 2018,

119788-119857.

Recuperado

de

<https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/dof/spa/pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Estrategia en Salud Mental del Sistema*

*Nacional de Salud*. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad y

Consumo.

- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Adrián, L., Schmitz, F., Ruiz-Rodríguez, P., Abellán-Maeso, C., Font-Payeras, M.A. y Hermosilla-Pasamar, A.M. (2017). Utility of the PHQ-9 to identify major depressive disorder in adult patients in Spanish primary care centres. *BMC Psychiatry*, 17, 291-300.
- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Moriana, J.A., Adrián, L., Ruiz-Rodríguez, P., Agüero-Gento, L., Rodríguez-Enríquez, M., Rosa, M. y Ramírez-Manent, J.I. (2017). Screening for generalized anxiety disorder in Spanish primary care centers with the GAD-7. *Psychiatry Research*, 256, 312-317.
- NICE (2011). *Common Mental Health Disorders*. Leicester (UK): British Psychological Society. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92266/>.
- Norman, S. B., Hami-Cissell, S., Means-Christensen, A. J. y Stein, M. B. (2006). Development and Validation of an Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Depress Anxiety*, 23, 245–249.
- Osma, J. (2019). *Aplicaciones del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de la disregulación emocional*. Madrid: Alianza.
- Osma, J., Castellano, C., Crespo, E. y García-Palacios, A. (2015). The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in a Spanish public mental health setting. *Behavioral Psychology*, 23, 447-466.

Resolución de 26 abril de 2019 de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que publica el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. *Boletín Oficial del Estado*, 109, de 7 mayo 2019, 48652-48670. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2019/05/07/pdfs/BOE-A-2019-6761.pdf>

Téllez, J.M., Cerecedo, M.J., Pascual, P. y Buitrago, F. (2005). La salud mental en el umbral del siglo XXI. Protagonismo de la atención primaria. ¿Un reto a nuestro alcance? *Atención primaria*, 35 (2), 61-63.

Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Pastor, M. A., y Reig, M. T. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en población española. *Ansiedad y Estrés*, 13, 163-176.

Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.

Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R., M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 185-203.

Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., y Lostao, L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 107-122.



Sanz, J., Perdigón, L. A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.

Strosahl, K. D. (2005). *Training Behavioral Health and Primary Care Providers for Integrated Care: A Core Competencies Approach*. New York: Brunner-Routledge.

Vagholkar, S., Hare, L., Hasan, I., Zwar, N. y Perkins, D. (2006). Better access to psychology services in primary mental health care: an evaluation. *Australian health review*, 30 (2), 195-202.

Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063–1070.



## APÉNDICES

- *ANEXO 1:* Tabla reclutación para Médicos de Atención Primaria.
- *ANEXO 2:* Reuniones proyecto EMOAP.
- *ANEXO 3:* Relación del Equipo Investigador.
- *ANEXO 4:* Autorización del Jefe de Servicio.
- *ANEXO 5:* CEIM Dictamen Favorable.
- *ANEXO 6:* Cuaderno de Recogida de Datos (CRD) con el modelo de Hoja de información al paciente y hoja de consentimiento.
- *ANEXO 7:* Fichas y registros del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales.
- *ANEXO 8:* Nominación Proyecto de Investigación Beca Bankia Jóvenes Talentos.

ANEXO 1: Tabla reclutación para Médicos de Atención Primaria.

**CÓDIGO DE PROTOCOLO: EMOAP2019\*** FASE 1: RECLUTACIÓN

**Investigador principal:** Marina Sola Ocetta. Psicóloga. Máster Psicología General Sanitaria en la Universidad Miguel Hernández de Elche.

**Equipo colaborador:**

- Dr. Jesús Enrique Mesones Perál. Psiquiatra. Jefe Servicio de Salud Mental del Hospital General Universitario de Torrevieja y del Vinalopó.
- Dr. Óscar López González. Psicólogo del Servicio de Salud Mental. Centro de Salud La Mata.
- Dr. Diego Maciá Antón. Psicólogo. Especialista en Psicología Clínica. Profesor titular de la UMH.
- Dr. Alberto Pérez Grasa. Médico Atención Primaria. Jefe de Zona Básica de Centros de Salud de La Loma y Patrio Pérez.
- Dra. Sylvia Martínez Reig. Médica Atención Primaria. Centro de Salud La Loma.
- Dr. Rubén Noriega Leyva. Médico Atención Primaria. Centro de Salud La Loma.

**CRITERIOS EXCLUSIÓN**

-  Pacientes Menores de 18 años
-  Estar en fase activa de la enfermedad al inicio de la intervención
-  Psicopatología severa que incluye: Trastorno bipolar I y II, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático o alto riesgo suicida.
-  Encontrarse en tratamiento psicológico paralelamente a la intervención que se va a realizar.

**CRITERIOS INCLUSIÓN**

-  Pacientes Adultos 18-65 años
-  Derivación del médico de atención primaria. por sospecha de disfunción emocional o trastorno emocional diagnosticado (Espectro de Trastornos de Ansiedad o Depresión según Manual Diagnóstico DSM-IV-TR/DSM-5/CIE-10)\*\*
-  Sin presencia o comorbilidad con trastornos mentales severos (TOC, Espectro de la esquizofrenia, Trastorno bipolar, Trastornos de la Personalidad...) o alto riesgo suicida.
-  Podrán participar pacientes con o sin tratamiento farmacológico ansiolítico o antidepresivo prescrito. No se recomienda que los pacientes abandonen la medicación antes de iniciar el tratamiento, sino que deben continuar con su dosis estable de medicación actual.

**\*\*DIAGNÓSTICOS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO:**

TRASTORNOS DEPRESIVOS	TRASTORNOS DE ANSIEDAD
Trastorno depresivo mayor (Leve o moderado)	Trastorno de pánico
Trastorno depresivo persistente (Distimia)	Agorafobia
Trastorno depresivo debido a otra afección médica	Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)
Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos	Trastorno de ansiedad social (Fobia social)
Trastorno disfórico premenstrual	Trastorno de ansiedad por separación
Otro trastorno depresivo especificado/no especificado	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos/ debido a otra afección médica especificado/no especificado

\*Estudio con Dictamen favorable del Comité de Ética de Investigación con Medicamentos a fecha de 30 septiembre 2019.



**ANEXO 2: Reuniones proyecto EMOAP.**

Abril 2019: Coordinación con tutor de prácticas Dr. Óscar López González y planteamiento del proyecto de investigación.

Abril-Mayo 2019: Reuniones con Jefe de Servicio Psiquiatría Dr. Jesús Enrique Mesones Peral. Co-tutorización del Trabajo Final de Máster.

9 Mayo 2019: Tutoría con el Tutor Trabajo Fin de Máster Dr. Diego Macià Antón, Universidad Miguel Hernández

13-24 Mayo 2019: Formación del equipo de investigación y coordinación Jefe de Servicio Psiquiatría con el Servicio de Atención Primaria (Dr. Alberto Pérez Grasa).

11 Junio-19 Julio 2019: Coordinaciones con Rosa María Martínez Mula, Área de Formación y Desarrollo de Ensayos Clínicos del Servicio de Investigación y Docencia Médica, para la presentación del proyecto al Comité de Ética de Investigación (CEIm).

20 Junio 2019: Reunión Investigadora Principal con el Director Médico Hospital de Torrevieja y Vinalopó Dr. Hipólito Caro Moreno

8 Julio 2019: Reunión Investigadora Principal con el Jefe de Servicio de Investigación y Docencia Médica Dr. Antonio Martínez Lorente

18 Julio 2019: Sesión de Apoyo Metodológico y Estadístico en Hospital de Torrevieja en colaboración con el profesor de la Universidad de Alicante Andreu Nolasco y el Dr. Antonio Martínez Lorente, Jefe del Servicio de Investigación.

30 Septiembre 2019: Se recibe Dictamen Favorable CEIm.



7 Octubre 2019: Coordinación en USM con Dr. Jesús Enrique Mesones Peral y Dr. Óscar López González para comenzar el estudio.

Coordinación del equipo en el CS La Loma: Dr. Alberto Pérez Grasa y Dra. Sylvia Martínez. Instrucciones para el inicio de la reclutación de pacientes.

21 Octubre 2019: Segunda sesión de Apoyo Metodológico y Estadístico en Hospital de Torrevieja en colaboración con el profesor de la Universidad de Alicante Andreu Nolasco y el Dr. Antonio Martínez Lorente, Jefe del Servicio de Investigación.

21 Octubre 2019: Inicio reclutación, se les facilita a los MAP la hoja de reclutación con criterios inclusión/exclusión.

30 Octubre 2019: Tutoría con el Tutor Trabajo Fin de Máster Dr. Diego Macià Antón, Universidad Miguel Hernández



ANEXO 3: Relación del Equipo Investigador.



RELACIÓN DEL EQUIPO INVESTIGADOR

CERTIFICADO DE IDONEIDAD DEL EQUIPO COLABORADOR

**Promotor:** Unidad de Salud Mental (Hospital Universitario de Torrevieja)

**Título:** "Efectividad y eficiencia de la aplicación del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico grupal de los trastornos emocionales en Atención Primaria"

**Código de protocolo:** EM0AP2019

La Psicóloga **Marina Sola Ocetta**, alumna Máster Psicología General Sanitaria en rotación por el Servicio de Salud Mental del Hospital Universitario de Torrevieja, es la **Investigadora principal** del estudio.

Hace constar:

- Que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para la realización correcta y segura del estudio.
- Que el equipo investigador que se necesita para realizar el estudio es el propuesto y tras su evaluación se ha considerado idóneo.

Dicho Equipo estará formado por:

**Dr. Jesús Enrique Mesones Peral.** Psiquiatra. Jefe Servicio de Salud Mental del Hospital General Universitario de Torrevieja y del Vinalopó.

**Dr. Óscar López González.** Psicólogo del Servicio de Salud Mental. Centro de Salud La Mata.

**Dr. Diego Macià Antón.** Psicólogo. Especialista en Psicología Clínica. Profesor titular de la UMH.

**Dr. Alberto Pérez Grasa.** Médico Atención Primaria. Jefe de Zona Básica de Centros de Salud de La Loma y Patricio Pérez.

**Dra. Sylvia Martínez Reig.** Médica Atención Primaria. Centro de Salud La Loma.

**Dr. Rubén Noriega Leyva.** Médico Atención Primaria. Centro de Salud La Loma.

Torrevieja a 17 de Junio de 2019

Fdo. Marina Sola Ocetta  
Investigadora Principal



Fdo. Dr. Jesús Enrique Mesones Peral  
Jefe del Servicio

  
Dr. Jesús Enrique Mesones Peral  
Jefe de Psiquiatría





ANEXO 4: Autorización del Jefe de Servicio.



ribera salud grupo



**AUTORIZACIÓN DEL JEFE DE SERVICIO**

El Dr. Jesús Enrique Mesones Peral, Jefe del Servicio de Salud Mental del Hospital General Universitario de Torrevieja y del Vinalopó (Elche).

Declaro:

Que conozco la documentación aportada para el estudio titulado **"Efectividad y eficiencia de la aplicación del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico grupal de los trastornos emocionales en Atención Primaria"** y cuya investigadora principal en el centro es la Psicóloga Marina Sola Ocetta.

Que el investigador principal y el resto del equipo reúnen las características de competencia necesarias así como la metodología específica para que el estudio sea viable.

Que las instalaciones necesarias para la ejecución del estudio son las idóneas.

Que autorizo la colaboración, para la realización de este estudio, entre el servicio de Salud Mental y el de Atención Primaria del Departamento de Salud Torrevieja.

En Torrevieja a 17 de Junio de 2019  
Fdo. Dr. Jesús Enrique Mesones Peral

 HOSPITAL DE TORREVIEJA  
DEPARTAMENTO DE SALUD TORREVIEJA  
Dr. Jesús Enrique Mesones Peral  
Jefe de Psiquiatría





ANEXO 5: CEIM Dictamen Favorable.



## DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

D. Alejandro Jover Botella, Jefe de la Secretaría Técnica y D. Eduardo Cazorla Amorós, Presidente del Comité Ético de Investigación con Medicamentos de los Hospitales Universitarios Torrevieja y Elche-Vinalopó

### CERTIFICAN

Que este CEIm, en su reunión de fecha **25/09/2019** ha revisado la documentación aportada por el Promotor del estudio:

**Título completo del estudio:** EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO UNIFICADO PARA EL TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO GRUPAL DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

**Nº EudraCT:** N/A

**Código del protocolo:** EMOAP2019

Tipo de documento	Versión actual	Fecha versión actual
Hoja de Información al Paciente	1	17/06/2019

**Nombre del promotor:** Unidad de Salud Mental (Hospital Universitario de Torrevieja)

**Investigador Principal:** Marina Sola Ocetta

**Servicio:** Psiquiatría

**Centro:** Hospital Universitario de Torrevieja

Y teniendo en consideración las siguientes cuestiones:

1. Cuestiones relacionadas con la idoneidad del investigador y de sus colaboradores.
2. Cuestiones relacionadas con la idoneidad de las instalaciones.
3. Cuestiones relacionadas con las cantidades y, en su caso, previsiones de remuneración o compensación para los investigadores y sujetos del ensayo y los aspectos relevantes de cualquier acuerdo entre el promotor y el centro, que han de constar en el contrato.
4. Consideraciones generales del estudio.

Se decide **DICTAMEN Favorable**.



Que el comité tanto en su composición como en sus PNT cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95); con el RD 1090/2015 así como la normativa autonómica en materia de investigación aplicable de la Comunitat Valenciana; y su composición actual es la siguiente:

**Presidente:**

- Eduardo Cazorla Amorós (Jefe de Servicio Obstetricia y Ginecología HU Torrevieja HU Vinalopó)

**Vicepresidente:**

- Simona Mas Antón (Jefa Pediatría HU Torrevieja HU Vinalopó)

**Secretario:**

- Alejandro Jover Botella (Jefe Servicio de Farmacia HU Vinalopó)

**Vocales:**

- María Almendro Candel (Médico de Familia Dpto. de Salud del Vinalopó)
- Julio César Blázquez Encinar (Jefe Servicio Medicina Interna HU Torrevieja. Miembro de la Comisión de Investigación)
- Andrés Tomás Gómez (Jefe Servicio Cirugía General y Digestiva HU Torrevieja)
- María Marín Palazón (Adjunta Servicio Obstetricia y Ginecología HU Torrevieja)
- Javier López Solís (Diplomado en Enfermería HU Torrevieja)
- Carlos Marqués Espí (Licenciado en Derecho. HU Torrevieja HU Vinalopó. Miembro del Comité de Bioética)
- Joaquín Quiles (Miembro Lego no vinculado laboralmente a los centros)
- Clara Cobo Cervantes (Médico)
- Ramón García García (Farmacéutico)
- Angélica Valderrama Rodríguez (Farmacóloga)

Que en dicha reunión del Comité Ético de Investigación Clínica se cumplió el quórum preceptivo legalmente.

Que en el caso de evaluación de algún estudio del que algún integrante del equipo investigador forme parte de este CEIm, este se ausentará durante la deliberación y votación del mismo.

Lo que firmo en Elche, a 30 de septiembre de 2019.

Eduardo Cazorla Amorós



## ANEXO 6: Cuaderno de Recogida de Datos (CRD) con el modelo de Hoja de información

al paciente y hoja de consentimiento.

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS. EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO UNIFICADO PARA EL TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO GRUPAL DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

**CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS**

“EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO UNIFICADO PARA EL TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO GRUPAL DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES EN ATENCIÓN PRIMARIA”

FECHA EVALUACIÓN PRE:	
FECHA EVALUACIÓN POST:	

- **Versión:** v. 1
- **Fecha versión:** Junio 2019
- **Promotor:** Unidad de Salud Mental (Hospital Universitario de Torrejeja)
- **Investigador principal:** Marina Sola Ocetta. Psicóloga.
- **Equipo colaborador:**
  - Dr. Jesús Enrique Mesones Peral. Psiquiatra. Jefe Servicio de Salud Mental del Hospital General Universitario de Torrejeja y del Vinalopó.
  - Dr. Óscar López González. Psicólogo del Servicio de Salud Mental. Centro de Salud La Mata.
  - Dr. Diego Madrid Antón. Psicólogo. Especialista en Psicología Clínica. Profesor titular de la UMH.
  - Dr. Alberto Ríez Grasa. Médico Atención Primaria. Jefe de Zona Básica de Centros de Salud de La Loma y Reticío Pérez.
  - Dra. Sylvia Martínez Reig. Médica Atención Primaria. Centro de Salud La Loma.
  - Dr. Rubén Noriega Layva. Médico Atención Primaria. Centro de Salud La Loma.
- **Servicio o Unidad:** Unidad de Salud Mental en colaboración con el Servicio de Atención Primaria (Centro de Salud La Loma).



## 1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Código de identificación del paciente: \_\_\_\_\_

(Codificar por EMOAP+NÚMERO 01,02...)

**EDAD** | \_ | | \_ | años (Criterio inclusión: 18-65 años)

**SEXO**

Hombre	_   1
Mujer	_   2

**NACIONALIDAD**

Española	_   1	Otra (Especificar): _____	2
----------	-------	---------------------------	---

**EDUCACIÓN**

Estudios Primarios (Graduado escolar, certificado escolaridad)	_   1
Estudios Secundarios (Bachillerato, COU, PREU, FP Medio)	_   2
Estudios Superiores (Grado, diplomatura/licenciatura, FP Sup)	_   3

**ESTADO CIVIL**

Soltero	_   1	Casado	_   3
Viudo	_   2	Divorciado	_   4

**SITUACIÓN LABORAL**

Activo	_   1	Desempleado	_   4
Baja por enfermedad	_   2	Jubilado	_   5
Labores del hogar	_   3	Estudiante	_   6

**TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL** (Antigüedad tratamiento: \_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses)

Ansiolíticos	_   1	Ambos	_   3
Antidepresivos	_   2	Ninguno	_   4

**OTRAS ENFERMEDADES:** \_\_\_\_\_


**2. DATOS EVALUACIÓN**

ESCALAS	PRE	POST
1. <i>Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI basada en criterios diagnósticos del DSM-IV y CIE-10 (MINI; Ferrando L, et al, 1998).</i>		
2. <i>Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG, APA, 2002, Di Nardo et al. 1994).</i>		
3. <i>Patient Health Questionnaire (PRIME-MD; Spitzer et al., 1994) Utilizaremos depresión (PHQ-9), ansiedad (GAD-7) y síntomas físicos (PHQ-15).</i>	PHQ-9 = GAD-7= PHQ-15=	PHQ-9 = GAD-7= PHQ-15=
4. <i>Inventario de depresión de Beck (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996; Sanz, Perdigón, y Vázquez, 2003).</i>		
5. <i>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck y Steer, 2011).</i>		
6. <i>Escala de ansiedad y depresión hospitalaria Halminton (HADS; Zigmong y Snaith, 1983; versión española de Terol et al., 2007)</i>	Depresión= Ansiedad=	Depresión= Ansiedad=
7. <i>Escala de severidad y discapacidad de la depresión ODSIS (Overall Depression Severity and Impairment Scale; Bentley, Gallagher, Carl y Barlow, 2014) y de la Ansiedad OASIS (Overall Anxiety Severity and Impairment Scale; Norman, Cissell, Means-Christensen y Stein, 2006).</i>	ODSIS= OASIS=	ODSIS= OASIS=
8. <i>Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Watson, Clark y Tellegen, 1988; Sandin et al., 1999).</i>	Afecto Positivo (AP)= Afecto Negativo (AN)=	Afecto Positivo (AP)= Afecto Negativo (AN)=



CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS. EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO UNIFICADO PARA EL TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO

GRUPAL DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

<p>9. <i>Cuestionario de Preocupaciones</i> (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990, versión española Sandín, Chorot, Valiente, y Lostao, 2009).</p>		
<p>10. <i>Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer</i> (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q. Iglesias-García C. (2012)</p>	<p>% =  Puntuación=</p>	<p>% =  Puntuación=</p>

**3. OTRAS OBSERVACIONES**



## **CUESTIONARIOS**

## **EVALUACIÓN PRE**

\*A partir de aquí se añaden todos los cuestionarios estandarizados que conforman la entrevista de evaluación ya existentes, estos instrumentos han sido enumerados, citados y referenciados a lo largo del trabajo (Véanse pág. 14-17).



ANEXO 7: Fichas y registros del Protocolo Unificado para el Tratamiento

Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales.

# **Fichas y registros del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales**

**Alianza Editorial**



Registros del Protocolo Unificado. Manual del paciente (Alianza Editorial)

**Registro 4.1 Objetivos de tratamiento**

<b>Clarificando los problemas importantes</b> <i>¿De qué manera tus emociones (p. ej., sentirte triste, ansioso, culpable) han causado problemas en tu vida?</i>	<b>Establecimiento de objetivos concretos</b> <i>¿Cuáles son algunos objetivos concretos para solucionar tus problemas más importantes? ¿Qué harías/harías si consigues tu objetivo?</i>	<b>Dividir en pasos</b> <i>Divide tus objetivos en pasos más pequeños; así tendrás una idea más clara de cómo avanzar hacia tus objetivos</i>
<b>Problema importante 1</b>	<b>Objetivo concreto 1</b>	Paso 1.
		Paso 2.
		Paso 3.
		Paso 4.
	<b>Objetivo concreto 2</b>	Paso 1.
		Paso 2.
		Paso 3.
		Paso 4.
<b>Problema importante 2</b>	<b>Objetivo concreto 3</b>	Paso 1.
		Paso 2.
		Paso 3.
		Paso 4.
	<b>Objetivo concreto 4</b>	Paso 1.
		Paso 2.
		Paso 3.
		Paso 4.



Registros del Protocolo Unificado. Manual del paciente (Alianza Editorial)

**Registro 4.2 Balance decisional**

Utiliza este registro para analizar todos los pros y contras que puedas pensar para cambiar (comprometerte con este tratamiento) y para permanecer igual.

	<b>Pros/Beneficios</b>	<b>Contras/Costes</b>
<b>Cambiar</b>		
<b>Permanecer igual</b>		

**Registro 5.1 Modelo de los tres componentes de las emociones**

Utiliza este registro siempre que estés sintiendo una emoción intensa para descomponerla en sus tres partes. También puedes utilizar este registro después de una experiencia emocional para repasar cómo fue escalando tu emoción.

Situación: \_\_\_\_\_

Emoción(es): \_\_\_\_\_

**Sensaciones físicas**

(Qué estás sintiendo en tu cuerpo)

**Pensamientos**

(Qué estás pensando)

**Conductas**

(Qué estás haciendo o tienes ganas de hacer)



Registros del Protocolo Unificado. Manual del paciente (Alianza Editorial)

**Registro 7.1 Conciencia emocional plena**

Utiliza este registro para anotar tus experiencias después de practicar la *Meditación en conciencia emocional plena*, la *Inducción del estado de conciencia plena* o el *Anclarse en el presente*.

- Meditación en conciencia emocional plena:** lee el texto de la meditación que encontrarás en este capítulo (pp. 89-91) y registra tu experiencia.
- Inducción del estado de conciencia plena:** elige una canción que sabes que te provocará una emoción y practica observar tu experiencia en el momento presente sin juzgar. Registra tu experiencia.
- Anclarse en el presente:** cuando notes que una respuesta emocional está escalando, completa los cuatro pasos: (1) utiliza tu señal (p. ej., respirar) para centrarte en el momento presente, (2) haz la revisión de los tres pasos (pensamientos, sensaciones físicas y conductas), (3) pregúntate si tu respuesta se ajusta a lo que está ocurriendo ahora mismo y (4) ajusta tu respuesta a las demandas del momento presente.

Fecha	¿Práctica de meditación, inducción de emociones o anclarse?	¿Qué has notado?			¿Hasta qué punto fuiste eficaz en anclarte en el presente?
		Pensamientos	Sensaciones físicas	Conductas	
					0 - 10 (nada) (muchísimo)



Registros del Protocolo Unificado. Manual del paciente (Alianza Editorial)

**Registro 8.1 Practicando la flexibilidad cognitiva**

Utiliza este registro para ayudarte a dejar atrás tus primeras interpretaciones identificando si estás cayendo en un error de pensamiento negativo y genera formas alternativas de pensamiento sobre la situación. Utiliza las preguntas que ofrecemos a continuación para ayudarte a evaluar tus pensamientos automáticos.

- ¿Sé seguro que \_\_\_\_\_ pasará o es cierto?
- ¿En qué medida *sientes* que \_\_\_\_\_ es cierto? ¿Cuál es la posibilidad más *realista* de que \_\_\_\_\_ sea cierto?
- ¿Qué evidencias tengo a favor y en contra sobre este pensamiento o creencia?
- ¿Mi pensamiento negativo automático viene impulsado por las emociones intensas que estoy experimentando?
- ¿Podría haber alguna otra explicación?
- Si \_\_\_\_\_ fuera cierto, ¿podría afrontarlo? ¿Cómo podría manejarlo?
- Incluso si \_\_\_\_\_ fuera cierto, ¿podría vivir con ello?

Situación/ Desencadenante	Pensamiento(s) automático(s)	¿Es un error de pensamiento? SÍ/NO	Otra(s) interpretación(es) <i>Suelen incluir «los pensamientos automáticos no tienen por qué ser ciertos» e «incluso si lo son, podría afrontarlo»</i>

## ANEXO 8: Nominación Proyecto de Investigación Beca Bankia Jóvenes Talentos.

Enlace: <http://www.talentojovencv.com/participa-septima-edicion/ciencia/marina-sola-ocetta/>

El proyecto se quedó entre los 10 más votados, consiguiendo cerca de 9000 votos.



(<http://www.talentojovencv.com>)

[Aspirantesx](#) [Categoríasx](#) [Bases \(<http://www.talentojovencv.com/bases/>\)](#)

[Videos \(<http://www.talentojovencv.com/galeria-videos/>\)](#) [Noticias \(<https://www.levante-emv.com/tags/premios-talento-joven-cv.html>\)](#)



(<http://www.talentojovencv.com/participa-septima-edicion/ciencia/marina-sola-ocetta/>)

### Marina Sola Ocetta

(<http://www.talentojovencv.com/participa-septima-edicion/ciencia/marina-sola-ocetta/>)

Categoría: Ciencia

Mi nombre es Marina Sola Ocetta, soy Psicóloga. Actualmente estoy finalizando el Máster de Psicología General Sanitaria en la Universidad Miguel Hernández de Elche y realizo mis prácticas curriculares en la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Torrevieja.

Mi proyecto de investigación, nace de la idea de inclusión del Psicólogo Sanitario en el ámbito de la Atención Primaria (algo novedoso en España). Su inclusión tiene como objetivo favorecer el tratamiento de los trastornos emocionales tempranamente y evitar la sobre-medicación de estas patologías. Es importante destacar que la terapia psicológica cognitivo-conductual está demostrada como eficaz para los trastornos emocionales en todas las Guías de Práctica Clínica Nacionales. El propósito de mi investigación será analizar la efectividad y eficiencia de la aplicación grupal del Protocolo Unificado de Barlow et. Al (2011), este protocolo ya ha demostrado su eficacia en pacientes con desórdenes emocionales y ha sido implementado con éxito en otros países como Reino Unido, Australia, Estados Unidos, Noruega, Canadá.

El proyecto está enmarcado en el ámbito de Ensayo clínico experimental aleatorizado y será mi Trabajo Fin de Máster. Para mi, no es únicamente un TFM, sino un proyecto en el que creo y confío desde hace mucho tiempo y una oportunidad para poder desarrollar posteriormente una Tesis Doctoral.

Para su desarrollo se han establecido acuerdos de colaboración entre la Universidad Miguel Hernández, la Unidad de Salud Mental y el servicio de Atención Primaria del Hospital Universitario de Torrevieja, incluyendo en el equipo de investigación a los profesionales implicados. Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Investigación con Medicamentos del Hospital de Torrevieja y Elche.

El proyecto se está llevando a cabo en el Centro de Salud La Loma ubicado en Torrevieja (Alicante). Soy la investigadora principal del estudio «EM0AP2019» y mi equipo de investigación está formado por diversos profesionales: Un psicólogo, Un psiquiatra (Jefe del Servicio de Salud Mental), Dos médicos de atención primaria (Coordinador médico del CS La Loma), Un enfermero (Coordinador de área) y un profesor de la Universidad Miguel Hernández.

Actualmente, no tengo ninguna subvención para desarrollarlo, más allá del apoyo de todo el equipo de Salud Mental y Atención Primaria. Creo profundamente en este proyecto y es una gran oportunidad para mi, ya que deseo realizar a través de él una pre-tesis doctoral. Si fuera la ganadora de esta beca podría matricularme el año que viene en estudios doctorales, algo que siempre he soñado. Considero que mi proyecto es factible, novedoso, interesante, ético y lo más importante beneficioso para pacientes que sufren trastornos emocionales como la ansiedad y depresión y que no tienen acceso a un tratamiento psicológico desde Atención Primaria.

Gracias por darnos la oportunidad a jóvenes que como yo, tenemos una idea que creemos que puede cambiar y mejorar la atención sanitaria española.

Marina Sola

**La votación ha finalizado ¡Gracias por tu interés!**

PROYECTO DE  
INVESTIGACIÓN  
“EFECTIVIDAD Y  
EFICIENCIA DE LA  
APLICACIÓN DEL  
PROTOCOLO UNIFICADO  
PARA EL TRATAMIENTO  
TRANSDIAGNÓSTICO  
GRUPAL DE LOS  
TRASTORNOS  
EMOCIONALES EN  
ATENCIÓN PRIMARIA”

MARINA SOLA OCETTA  
INVESTIGADORA PRINCIPAL  
ESTUDIO EMOAP2019

\* PROYECTO CON DICTAMEN FAVORABLE DEL COMITÉ DE ÉTICA  
DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (HOSPITAL  
UNIVERSITARIO DE TORREVIEJA-ELCHE VINALOPÓ)



“La salud es un estado de completo  
bienestar físico, mental y social, no  
simplemente la ausencia de enfermedades”  
Organización Mundial de la Salud



### Contacto

Carrer dels Traguiners, 7 - 46004 VALENCIA

[https://www.google.es/maps/place/LLEVANTE-](https://www.google.es/maps/place/LLEVANTE-EMV/@39.4607279,-0.4062319,25z/data=!4m5!3m4!1s0xd604f0c1bfe33107ea9b0d9f54dffe18m2!3d39.4616658!4d-0.4070079)

[EMV/@39.4607279,-0.4062319,25z/data=!4m5!3m4!1s0xd604f0c1bfe33107ea9b0d9f54dffe18m2!3d39.4616658!4d-](https://www.google.es/maps/place/LLEVANTE-EMV/@39.4607279,-0.4062319,25z/data=!4m5!3m4!1s0xd604f0c1bfe33107ea9b0d9f54dffe18m2!3d39.4616658!4d-0.4070079)

04070079

Teléfono: 96 399 22 00 (tel:963992200) | E-

mail: [info@talentojoyencv.com](mailto:info@talentojoyencv.com)

<mailto:info@talentojoyencv.com>

<https://www.facebook.com/levante.emv/>

[es.facebook.com/levante.emv/](https://www.facebook.com/levante.emv/)

<https://www.bankia.es/>

[https://twitter.com/levante\\_emv](https://twitter.com/levante_emv)

<https://www.youtube.com/channel/UC...>

**Levante**  
LA MIRA EN LA VALLENCIA

<http://www.levante-emv.com>

### Webs del Grupo Prensa Ibérica Media

Diari de Girona <https://www.diari.de.girona.cat/> | Diari de Ibiza <https://www.diari.de.ibiza.es/> | Diari de Mallorca

<https://www.diari.de.mallorca.es/> | Empordà <https://www.emporda.info/> | Faro de Vigo <https://www.farodevigo.es/> | Información

<https://www.diarioinformacion.com/> | La Opinión A Coruña <https://www.laopinioncoruna.es/> | La Opinión de Málaga

<https://www.laopiniondemalaga.es/> | La Opinión de Murcia <https://www.laopiniondemurcia.es/> | La Opinión de Tenerife <https://www.laopinion.es/>

| La Opinión de Zamora <https://www.laopiniondezamora.es/> | La Provincia <https://www.laprovincia.es/> | La Nueva España <https://www.lne.es/> |

Levante-EMV <https://www.levante-emv.com/> | Mallorca Zeitung <https://www.mallorcazeitung.es/> | Regió7 <https://www.regio7.cat/> |

Superdeporte <https://www.superdeporte.es/> | The Adelaide Review <https://www.adelaidereview.com.au/> | 977 La Radio <https://www.la977.com/>

Aviso legal <https://micuenta.levante-emv.com/protecciondatos?gdprTipo=3> | Política de privacidad <https://www.epi.es/politica-de-privacidad.html>

| Política de cookies <https://www.epi.es/politica-de-privacidad.html#usoDeCookies>