



Center for Anxiety and Related Disorders
Boston, Massachusetts, Estados Unidos

ENERO-MARZO 2024

Becas SECP-ANPIR 2024 para la promoción de estancias en centros de excelencia extranjeros

Belén Burruezo López

Psicóloga Interna Residente de 3º año
Hospital de San Juan de Alicante

Índice

Índice

1. Introducción.....	3
2. El psicólogo clínico en Estados Unidos	5
3. Bases teóricas: Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales	5
4. Center for Anxiety and Related Disorders (CARD).....	8
4.1. Descripción del centro de destino	8
4.2. Perfil de pacientes atendidos	8
4.3. Investigación en el centro.....	10
5. Actividades realizadas.....	12
5.1. Formación.....	12
5.2. Investigación	12
5.3. Práctica asistencial.....	15
5.4. Cronograma semanal	17
6. Relevancia en nuestro contexto.....	18
6.1. Relevancia para la práctica clínica.....	18
6.2. Relevancia investigadora.....	18
7. Datos de contacto	19
8. Agradecimientos y valoración.....	20
9. Referencias	21
10. Bibliografía esencial en castellano.....	24

1. Introducción

En la práctica clínica actual, en la sanidad pública en España contamos con la figura del psicólogo clínico y el psicólogo interno residente en psicología clínica, siendo el primero el mentor y el segundo el aprendiz. Como psicóloga en formación, he podido observar, de mis mentores y mi formación complementaria, como cada vez son más los tratamientos que demuestran su eficacia basada en la evidencia.

Esto, aunque en general muy positivo para la psicología clínica, dificulta en ocasiones la formación, ya que nos encontramos con múltiples tratamientos específicos y diferentes escuelas psicológicas.

La realidad de muchos psicólogos clínicos es una práctica ecléctica, utilizando las herramientas que consideran necesarias según el análisis individual del caso. A título personal, recuerdo que en mi primer año de residencia adquirí muchísimos libros sobre diferentes tratamientos, intentando acumular el conocimiento que (según ese momento pensaba) sería necesario para trabajar en una Unidad de Salud Mental de Adultos (ya no mencionemos las unidades infantiles). Esto puede resultar frustrante para los residentes en formación e incluso angustiante. Por ello, empecé a interesarme por el Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (PU).

Este tratamiento está indicado para una gran variedad de trastornos. En el estudio de Farchione et al (2024) realizan una revisión de los trastornos en los que el PU ha resultado eficaz:

- Trastornos depresivos unipolares reduciendo la severidad de la sintomatología, incluso a los 12 meses de seguimiento.
- Trastornos de ansiedad, como trastorno comórbido o por sí mismo
- Trastorno límite de la personalidad, reduciendo la sintomatología idiosincrásica y los síntomas de ansiedad y depresión.
- Trastorno de estrés postraumático, reduciendo la severidad de los síntomas propios y de trastornos comórbidos.
- Trastornos alimentarios, con una adaptación del PU.
- Trastorno por abuso de alcohol, demostrando superioridad frente a otros tratamientos.

Además, se encuentra en proceso de validación empírica para poder ser aplicado en muchos más como el duelo prolongado o la aplicación de este tratamiento a personas con problemas de salud como el dolor crónico.

La novedad de este tratamiento consiste en incluir las herramientas con mayor evidencia en el momento actual, combinando varios enfoques de terapia en un solo protocolo.

En España ha sido adaptado por Jorge Osma para poder ser utilizado en un formato grupal (Osma et al., 2015), lo que permite dentro del sistema una aplicación rigurosa, ya que en formato individual es difícil proporcionar sesiones semanales en las Unidades de Salud Mental españolas. El formato grupal permite proporcionar atención de calidad a muchas personas simultáneamente, optimizando recursos sin perder calidad clínica, añadiendo además el valor del grupo cuya utilidad ha sido demostrada en múltiples estudios.

En el Hospital de San Juan, los residentes realizamos atención continuada dos tardes a la semana. Una de ellas dedicada a la atención a personas con Trastorno Mental Grave y sus familias y otra dedicada a personas con Trastorno Mental Común. En la segunda mencionada llevamos un año creando una cartera de grupos para atender a estos pacientes que proceden de todas las Unidades de Salud Mental del departamento. Uno de estos grupos está basado en el PU, del cual ya llevamos múltiples ediciones. Esta es una de mis principales motivaciones para realizar la estancia en el Center for Anxiety and Related Disorders (CARD), ya que creo que podría beneficiarme en mi práctica clínica individual y a nivel institucional ya que este enfoque grupal y transdiagnóstico beneficia a los pacientes, a los profesionales (ya que nos permite formarnos en un tratamiento basado en la evidencia y tratar a personas con diferentes diagnósticos) y también a la institución.

2. El psicólogo clínico en Estados Unidos

En Estados Unidos, la vía para ser psicólogo clínico es a través de la realización del doctorado. Los programas son muy competitivos y requieren muchos méritos para acceder, por lo que los psicólogos clínicos son pocos como en España.

Sin embargo, la formación es completamente diferente. Mientras que la nuestra es fundamentalmente práctica y centrada en el paciente, la suya es más centrada en la investigación y la realización de proyectos. En estos proyectos de investigación también realizan intervención con pacientes con distintos grados de supervisión, sin embargo, el foco se encuentra en desarrollar estudios y obtener resultados.

Su entrenamiento se desarrolla ligado a la universidad y a clínicas accesorias a esta, no directamente ligado a la sanidad como en España. Es necesario realizar el programa del doctorado, durando estos estudios de 4 a 7 años, según la universidad. Se puede realizar el programa PhD (que significa doctorado en inglés) o el programa PsyD, un programa de doctorado, pero más basado en la práctica clínica. Durante ambas formaciones se realiza práctica clínica supervisada, pero en menor medida que en España (según el programa), formación en las diferentes áreas de la psicología y contribuciones a la investigación.

3. Bases teóricas: Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales

Actualmente, disponemos de una gran variedad de tratamientos basados en la evidencia para trastornos que son atendidos por los equipos de Salud Mental. Sin embargo, en los últimos estudios (Barlow et al., 2020) se plantea la posibilidad de que exista una base común de los trastornos emocionales que explicaría por qué cuando existe un paciente con varios diagnósticos, al abordar con un tratamiento uno de ellos, mejora la sintomatología de los otros. De esta idea nació el PU (Barlow et al., 2010).

Este tratamiento es aplicable a los trastornos de ansiedad y los trastornos emocionales, además, potencialmente a trastornos con un fuerte componente emocional como los trastornos disociativos y somaformes. Está basado en la Teoría Cognitivo Conductual, en concreto incluye la reevaluación de interpretaciones negativas, modificar conductas desadaptativas, prevenir la evitación emocional y procedimientos de exposición emocional. Además, incluye la regulación emocional (Barlow et al., 2010).

El PU parte de la premisa de que muchos trastornos emocionales comparten mecanismos subyacentes comunes, como la afectividad negativa, la intolerancia a la incertidumbre, la sensibilidad a las señales de amenaza y el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas. Estos mecanismos comunes permiten que un enfoque transdiagnóstico sea efectivo en el tratamiento de múltiples trastornos emocionales simultáneamente (Farchione et al., 2012).

Se compone de 8 módulos, distribuidos en 12-18 sesiones, de manera individual o grupal, con una duración de 50 a 60 minutos, de manera semanal. Los módulos comprenden (Barlow et al., 2010):

- Mejora de la motivación y compromiso con el cambio: normalmente la primera sesión, basada en la entrevista motivacional, donde se introduce el concepto de motivación y se analiza su importancia para el cambio.
- Entendiendo las emociones: en una o dos sesiones, centradas en la psicoeducación con el objetivo de aumentar la conciencia sobre sus propios patrones emocionales.
- Entrenamiento en conciencia emocional: en una o dos sesiones, donde se va a trabajar la identificación de emociones y cómo responde cada uno a ellas. Incluyendo también el *mindfulness* como herramienta de conciencia emocional.
- Evaluación y reevaluación cognitiva: en una o dos sesiones. Se trabajan las evaluaciones automáticas, los patrones de pensamiento y se intenta aumentar la flexibilidad.
- Conductas impulsadas por la emoción: en una o dos sesiones. Se identifican patrones de evitación emocional y conductas impulsadas por la emoción desadaptativas.
- Exposición emocional interoceptiva y situacional: de 4 a 6 sesiones. Se realiza exposición a activadores emocionales internos y externos y se aumenta la tolerancia.
- Mantenimiento y prevención de recaídas: en una sesión. Se revisa el contenido, se hace un análisis de la evolución y se proponen estrategias para mantener logros.

Ya existen metaanálisis como el de Sikuris y Berle (2019), que encontró que el PU es eficaz para reducir los síntomas de ansiedad y depresión, y comparativamente, es tan

efectivo como los tratamientos específicos para cada trastorno.

En conclusión, el PU proporciona una herramienta flexible y eficaz que se adapta a las necesidades del paciente, de los terapeutas y del sistema.

4. Center for Anxiety and Related Disorders (CARD)

4.1. Descripción del centro de destino

El CARD se encuentra en la avenida Commonwealth de Boston, en el estado de Massachusetts en Estados Unidos, cerca de la Universidad de Boston, a la que está asociado.

Tal como se describe en su propia página web, el CARD es un centro clínico y de investigación que se dedica a proveer tratamiento y avanzar en el conocimiento sobre trastornos de ansiedad, del ánimo, del sueño y relacionados, siempre basados en la evidencia.

El CARD fue fundado por el Doctor David H. Barlow en el año 1996, actualmente se encuentra jubilado y ha dejado la dirección del centro al Doctor Todd Farchione.

El lugar físico se encuentra ubicado dentro del campus de la Universidad de Boston, cerca del centro de la ciudad. Se entra por una recepción y sala de espera donde se separa en dos secciones, la de adultos a la derecha y la de menores a la izquierda. Cuentan con varias salas de grupo y múltiples despachos individuales. Cuentan también con una cocina para los trabajadores para comer ya que el horario laboral es de 9 a 5 de la tarde.

4.2. Perfil de pacientes atendidos

Como refería previamente, CARD cuenta con dos secciones separadas, tratamiento para adultos y para menores de 18 años. En cuanto al tratamiento para adultos, atienden a personas diagnosticadas con las siguientes condiciones según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM, quinta edición (2013):

- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno de pánico.
- Agorafobia.
- Trastorno de ansiedad social.

- Trastorno de ansiedad por enfermedad.
- Trastorno obsesivo compulsivo.
- Fobias específicas.
- Comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo.
- Trastorno depresivo mayor.
- Trastorno por déficit de atención/hiperactividad.
- Trastornos del sueño.
- Otras condiciones subclínicas.

Estos tratamientos se administran de manera individual y los profesionales, que van desde psicólogos clínicos a psicólogos en formación supervisados, aplican el PU.

Además, tienen algunos programas adicionales como la atención a personas con diagnóstico de enfermedad de Parkinson menores de 65 años con síntomas de ansiedad y depresión; un programa para el dolor crónico basado en la medicina conductual, en el que trabajan cambios comportamentales en conductas relevantes para la salud; tienen un grupo de habilidades semanal basado en la Terapia Dialéctico Conductual para personas con disregulación emocional; y muchos otros.

En cuanto a la población infantil y adolescente, tienen un programa llamado “*The Child and Adolescent Fear and Anxiety Treatment Program*” dirigido por la doctora Donna B. Pincus, de investigación y tratamiento de niños y adolescentes con trastornos de ansiedad y para sus familias. Atienden a menores con las siguientes condiciones según el DSM-V:

- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Mutismo selectivo.
- Trastorno obsesivo compulsivo.
- Trastorno de pánico.
- Trastorno de ansiedad por separación.
- Trastorno de ansiedad social.
- Fobias específicas.

- Trastorno de depresión mayor.

Realizan tratamiento individual y grupal basado en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) grupos de padres y evaluaciones neuropsicológicas.

Los pacientes no necesitan estar derivados al centro por otros profesionales, como sucedería en España, si no que pueden llamar y pedir cita por sí mismos. Una vez contactan tienen varias opciones:

- Pagar el tratamiento de manera privada. El precio se estudia según los ingresos del paciente.
- Acudir con un seguro de salud privado (ya que en Estados Unidos no hay sanidad pública).
- Recibir tratamiento gratuito si acepta participar en alguno de los estudios que se realizan en ese momento en el centro.

4.3. Investigación en el centro

En cuanto a las investigaciones que se encuentran ahora mismo en curso, cuentan con varias líneas:

- Dinámicas de la privación del sueño: están estudiando cómo se relaciona el sueño y el estado de ánimo en personas con diagnóstico de depresión frente a personas sin ese diagnóstico. Utilizan el electroencefalograma y la resonancia magnética funcional para medir la actividad cerebral, cuestionarios para medir el estado de ánimo y análisis de sangre para medir marcadores biológicos.
- Marcadores biológicos de la ansiedad social: el CARD, el Hospital McLean y el Massachusetts Institute of Technology (MIT) se han unido para investigar posibles biomarcadores para el Trastorno de Ansiedad Social.
- Estudio sobre el tratamiento de los trastornos emocionales: están estudiando

qué personas responden mejor a la TCC.

- Estudio para la reducción del consumo de alcohol: comparando el tratamiento psicológico con el PU frente al tratamiento “*Take control*”, un programa nacional para el consumo moderado de alcohol.
- El proyecto de la clasificación de la depresión y la ansiedad: están estudiando las bases neuropsicológicas y los correlatos neurales de los trastornos de ansiedad y depresión con electroencefalografía.

5. Actividades realizadas

Las actividades realizadas en el CARD son de carácter asistencial y de investigación. Por motivos de la organización de los colaboradores mi labor fue mayormente de investigación.

5.1. Formación

Antes de comenzar ninguna actividad en el CARD se me proporcionó el curso oficial del PU impartido por David Barlow y Todd Farchione de 12 horas y 12 créditos CE/CME.

De manera adicional pude participar en varios seminarios sobre el PU como el dirigido a los bomberos de Boston y Nueva York para la prevención del suicidio y los problemas de salud mental dentro del cuerpo, así como una posterior mesa redonda sobre la aplicabilidad en este ámbito. También en grupos de trabajo sobre la adaptación del PU a personas con diagnóstico de diabetes tipo 1.

Estos seminarios me permitieron reflexionar sobre la flexibilidad y la aplicabilidad de este protocolo en diferentes ámbitos.

5.2. Investigación

El estudio que más ocupó mi tiempo en el CARD fue el de la evaluación de la eficacia del tratamiento transdiagnóstico en pacientes con comorbilidad de trastorno por abuso de alcohol y trastornos de ansiedad. Se trata de un ensayo clínico aleatorizado, un estudio de investigación en el que sujetos humanos son asignados prospectivamente a una o más intervenciones para evaluar los efectos de las mismas. El estudio fue dotado con una beca de 2 millones de dólares, avalado por la Universidad de Boston.

En Estados Unidos, 18 millones de adultos tienen un diagnóstico de abuso de alcohol, de los cuales un tercio están diagnosticados con trastornos de ansiedad. Esta comorbilidad tiene un gran coste en cuando a servicios de salud y pérdida de productividad (National Institute on Drug Abuse, 2018). Hasta el momento, los estudios que investigan tratamientos para esta comorbilidad han dado resultados modestos y no existen guías clínicas para esta problemática en concreto.

El PU es un tratamiento transdiagnóstico que ha demostrado eficacia en el tratamiento de los trastornos emocionales. También ha demostrado previamente facilitar la abstinencia en pacientes con esta comorbilidad, en concreto en las bebidas consumidas por día. Por ello se plantea este estudio para mayor evaluación de la eficacia del tratamiento en estos pacientes.

Los 75 pacientes participantes serán asignados a dos condiciones aleatorias:

- Tratamiento con el PU. 50 pacientes y 16 sesiones.
- Tratamiento con el programa *Take Control*: como se ha mencionado anteriormente, un programa dirigido por un terapeuta para reducir el consumo de alcohol basado en la motivación a reducir el consumo y pautas conductuales para ello. 25 pacientes y 12 sesiones.

Además, 25 pacientes serán evaluados con resonancia magnética funcional para estudiar los cambios en la actividad cerebral provocados por el PU, en cuanto a la regulación emocional y los mecanismos de recompensa en el consumo de alcohol.

La hipótesis primaria es que los pacientes de la condición de PU:

- Mejorarán en mayor medida sus síntomas de trastornos.
- Habrá una mayor reducción de los días de bebida intensos, el porcentaje de días que beben a la semana y el ansia de alcohol.

Durante mi estancia acompañé al asistente de investigación de CARD a cargo de esta investigación. Las tareas fueron:

- Volcado de datos de evaluación en herramienta SPSS.
- Creación de códigos de computación para el análisis de datos.
- Contacto con los pacientes para el seguimiento y evaluación de las medidas posteriores al tratamiento: evaluación del consumo de alcohol, estado de ánimo, *craving*, etc.

De la manera que trabajábamos era asignar tareas diarias la primera parte de la mañana y la segunda parte consistía en la puesta en común de los resultados y la discusión y comprobación de los mismos con otros miembros del equipo.

Como parte de mi colaboración en el estudio se me permitía elaborar mi propia investigación con los datos disponibles.

Decidí estudiar la posible relación de mediación que pueden tener dos factores; la aceptación y la culpa a uno mismo, entre el tratamiento con PU y los resultados en el consumo de alcohol.

En los últimos años se están estudiando factores comunes a los trastornos mentales. Entre los más estudiados se encuentra la regulación emocional (Khakpoor et al., 2019). Esta se puede definir como el conjunto de estrategias que puede usar una persona para expresar la ocurrencia de emociones, experimentar la intensidad de estas o cómo se regulan a sí mismo (Gross, 2015).

Esta capacidad se puede ver afectada por la manera en que cognitivamente manejamos la información emocional (Ochsner y Gross, 2005). Varias estrategias cognitivas como la culpa a uno mismo, la rumiación o la catastrofización se han relacionado con emociones negativas como la ansiedad (Jermann et al., 2006; Kraaij et al., 2003; Martin y Dahlen, 2005). Las estrategias adaptativas de regulación emocional se han correlacionado negativamente con severidad de los síntomas y las desadaptativas se han correlacionado positivamente, esta última de manera más fuerte (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2010).

El PU enfatiza cómo las personas con trastornos emocionales expresan y experimentan sus emociones, específicamente, se ha investigado que los resultados del tratamiento se pueden predecir mejor con la manera en que las personas interaccionan con sus emociones negativas, en lugar de la frecuencia de estas emociones (Sauer-Zavala et al., 2012). El PU enseña a los pacientes a responder a sus emociones de manera más adaptativa.

En esta investigación nos centramos, como ya comentaba, en dos estrategias de regulación emocional cognitiva: aceptación y culpa a uno mismo, medidas con el *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ-short; Garnefski y Kraaij, 2006). Ambas estrategias son entrenadas y pueden mejorar con el tratamiento.

Utilizamos dos modelos de mediación de regresión lineal simple con R para examinar los efectos relativos directos e indirectos del PU vs. *Take Control* en el cambio de la media semanal de bebidas, a través del cambio en culpa a uno mismo y aceptación en pre/post-tratamiento.

Los resultados indicaron un efecto directo de la condición de tratamiento en la media de bebidas ($c'=-12.034$, $p=.028$), los participantes en la condición PU mostrando mayor reducción en bebidas. Sin embargo, ni el efecto directo de la condición de tratamiento en aceptación ($a=-0.191$, $p=.803$) y aceptación en media semanal ($b=0.541$, $p=.670$), ni el efecto indirecto ($ab=-0.103$, $p=.829$) fueron significativos. El mismo patrón siguió la culpa a uno mismo como mediador ($a=-0.491$, $p=.499$; $b=-2.293$, $p=.072$; $ab=-1.126$, $p=.527$). Las dos condiciones no mostraron efectos diferenciales en estrategias de regulación emocional.

Estos resultados se podrían explicar debido a la prueba utilizada para medir las estrategias emocionales, que dedica sólo dos ítems a cada estrategia. Quizá con una prueba psicométrica más adecuada hubiéramos obtenido resultados significativos.

5.3. Práctica asistencial

De manera semanal participé en el grupo para pacientes con Trastorno de Ansiedad Social.

El tratamiento está basado en el programa de TCC de Stefan G. Hofmann. Este se compone de 12 sesiones:

- Sesión 1: Introducción y psicoeducación. En esta sesión se realiza la explicación del modelo del miedo, se elabora una jerarquía de miedos y evitaciones y se proporcionan registros para la anotación diaria de los momentos de ansiedad.
- Sesión 2: Recapitulación del modelo y primer discurso de exposición. En esta sesión se realiza la primera exposición de un discurso delante de compañeros y se graba para practicarlo durante la semana.
- Sesiones 3-6: Discursos de exposición. Se van introduciendo diferentes niveles de situaciones ansiógenas, llegando una de las pacientes a cantar una canción, por ejemplo, o los cómplices (en este caso yo) haciendo preguntas incómodas e inesperadas. También se pueden incluir elementos como que alguien bostece, reciba una llamada o salga de la sala.
- Sesiones 7-11: Situaciones sociales complejas fuera de la clínica. Realizando exposiciones fuera de la clínica a situaciones sociales complejas o embarazosas como realizar un pedido mal y devolverlo, pedir ayuda en una tienda y no

comprarnada, etc.

- Sesión 12: Revisión, refuerzo de lo aprendido y prevención de recaídas.

Por último, también participé en sesiones individuales para pacientes del CARD basadas en el PU con diferentes diagnósticos de salud mental. En ocasiones como observador, observador participante o cómplice del terapeuta en las exposiciones.

5.4. Cronograma semanal

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9:00-10:00	Reunión y asignación de tareas	Reunión y asignación de tareas	Reunión y asignación de tareas	Reunión y asignación de tareas	Reunión y asignación de tareas
10:00-11:00	Investigación individual	Grupo de Ansiedad Social	Reunión de equipo	Investigación individual	Investigación individual
11:00-12:00			Investigación individual		
12:00-13:00	Comida				
13:00-14:00	Puesta en común y comprobación de resultados	Puesta en común y comprobación de resultados	Puesta en común y comprobación de resultados	Puesta en común y comprobación de resultados	Puesta en común y comprobación de resultados
15:00-16:00					
16:00-17:00	Sesión individual	Sesión individual	Sesión individual	Sesión individual	Sesión individual

6. Relevancia en nuestro contexto

6.1. Relevancia para la práctica clínica

Como mencionábamos en la introducción, como psicólogos en formación de la especialidad de psicología clínica contamos con múltiples enfoques clínicos y terapias eficaces. La relevancia y novedad del PU es que ofrece un tratamiento transdiagnóstico aplicable a múltiples trastornos, lo que para un PIR que debe rotar por distintos dispositivos con distintos tipos de personas de sintomatología variada es especialmente útil.

De nuevo, la utilidad de realizar grupos con distintos tipos de pacientes permite realizar práctica clínica basada en la evidencia con la calidad y frecuencia que no serían posibles en nuestro contexto.

6.2. Relevancia investigadora

Como ya he mencionado, el CARD es ante todo un centro de investigación. El contexto de Estados Unidos permite realizar investigaciones con más recursos económicos, siendo posible, por ejemplo, retribuir económicamente la participación de personas en estudios, posibilitando amplias poblaciones diana.

En un sentido más amplio podría aplicar estos modelos de investigación a los grupos que ya estamos realizando, iniciando así líneas de investigación en mi hospital de referencia.

Además, en el departamento de Alicante, existe una Unidad de Psicología de la Salud que colabora con distintas especialidades, realizando grupos con pacientes con problemas cardíacos, personas con dolor crónico y personas con sobrepeso que se van a someter o se han sometido a intervenciones bariátricas. Creo que se podrían iniciar investigaciones para ver si personas en esta situación se pueden beneficiar del PU.

7. Datos de contacto

Teléfono: 617-353-9610.

Director, Todd Farchione: tfarchio@bu.edu.

Enfermera del servicio de adultos, Bonnie Brown: bonnieb@bu.edu.

8. Agradecimientos y valoración

En primer lugar, quiero agradecer a la Sociedad Española de Psicología Clínica (ANPIR) esta beca que me ha ayudado a poder realizar una rotación externa en Estados Unidos. También al Hospital Universitario San Juan de Alicante por apoyarme en realizar este proyecto.

En mi opinión, las rotaciones externas son una parte fundamental del psicólogo clínico español. Te permiten conocer otras maneras de trabajar, cómo se conceptualiza la salud mental en otros lugares, qué se podría hacer con más recursos y, sobre todo, el poder aprender y ampliar el conocimiento sobre la psicología clínica.

He tenido la oportunidad de ir a Boston a trabajar en el CARD, conociendo al mismo Doctor Barlow. El poder acudir a aprender un tratamiento dónde y con quién fue elaborado me parece una experiencia que no tiene precio. Me han aportado formación teórica y práctica, me han permitido publicar con ellos y han confiado en mí en muchas ocasiones. No sólo se trata de la institución o la formación, si no de poder conocer psicólogos clínicos americanos, pudiendo intercambiar ideas y concepciones. Por ejemplo, es muy diferente el tipo de paciente, ya que (aunque CARD acepta pacientes sin seguro médico gratuitamente) el perfil es completamente distinto de la población de salud mental en España, siendo estos pacientes de mejor nivel económico, poco habitual la problemática social, en su mayoría la demanda es propia y no del médico de cabecera y suelen cumplir con el tratamiento.

También se pueden apreciar las distancias insalvables que nos separan, ya que el estudio en el que estuve más involucrada constaba de una dotación de 2 millones de dólares. Esto no solo supone recursos para terapeutas, como tener despachos de sobra (cosa que escasea en la salud mental española); recursos para el tratamiento, como alcoholímetros o resonancia magnética funcional; sino también recursos para los pacientes, que reciben recompensas económicas si completan las evaluaciones del tratamiento. Todo esto tiene sentido si miramos el número de publicaciones de este centro, comparado con las publicaciones en español que tiene el PU.

Mi reflexión personal es que en España necesitamos apoyar más la investigación. Sabemos que la formación práctica de la residencia en psicología clínica es una de las mejores del mundo; sin embargo, necesitamos de la investigación para apoyar esta práctica clínica y poder realizar práctica basada en la evidencia.

9. Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5thed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Aldao, A., y Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 974-983. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.002>
- Barlow, D. H., Allen, L. B., y Choate, M. L. (2016). Toward a unified treatment for emotional disorders. In *The neurotic paradox* (pp. 141-166). Routledge.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., y Fairholme, C. P. (2010). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Workbook*. Oxford University Press.
- Gross, J. J. (Ed.). (2014). *Handbook of emotion regulation* (2nd ed.). Guilford Press.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W., y 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>
- Farchione, T. J., Long, L. J., Spencer-Laitt, D., Moreno, J., y Barlow, D. H. (2024). State of the science: The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behavior Therapy*, 55(1), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.10.001>
- Garnefski, N., y Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire - development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(6), 1045-1053. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010>
- Jermann, F., Van der Linden, M., d'Acremont, M., y Zermatten, A. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ): Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the French translation. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(2), 126-131. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.2.126>

- Khakpoor, S., Saed, O., y Armani Kian, A. (2019). Emotion regulation as the mediator of reductions in anxiety and depression in the unified protocol (UP) for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Double-blind randomized clinical trial. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41(3), 227-236. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0074>
- Kraaij, V., Garnefski, N., De Wilde, E. J., Dijkstra, A., Gebhardt, W., Maes, S., y Ter Doest, L. (2003). Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: Bonding and cognitive coping as vulnerability factors? *Journal of Youth and Adolescence*, 32(3), 185-193. <https://doi.org/10.1023/A:1022543419747>
- National Institute on Drug Abuse. (2018). Comorbidity: Substance use and other mental disorders. National Institutes of Health. <https://nida.nih.gov/research-topics/comorbidity-substance-use-other-mental-disorders>
- Martin, R. C., y Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*, 39(7), 1249-1260. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.06.004>
- Ochsner, K. N., y Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(5), 242-249. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2005.03.010>
- Osma, J., Castellano, C., Crespo, E., y García-Palacios, A. (2015). El protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en formato grupal en el ámbito de la salud mental pública española [The unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders in a group format in the Spanish public mental health system]. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23(3), 447-466.
- Sakiris, N., y Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical Psychology Review*, 72, 101751. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>

Sauer-Zavala, S., Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Bentley, K. H., Ametaj, A., y Barlow, D. H. (2012). The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50(9), 551-557. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.005>

10. Bibliografía esencial en castellano

- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2016). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales*. Alianza Editorial.
- Castellano Badenas, C., Osma López, J. J., Crespo Delgado, E., & Feroselle Esclapez, E. (2015). Adaptación grupal del Protocolo Unificado para el Tratamiento de los Trastornos Emocionales. *Àgora de Salut*, 2, 185–210. Universitat Jaume I. <http://hdl.handle.net/10234/126551>
- Ehrenreich-May, J. (2022). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en NIÑOS y ADOLESCENTES. Manual del terapeuta*. Pirámide.
- Osma, J., Castellano, C., Crespo, E., & García-Palacios, A. (2015). El protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en formato grupal en el ámbito de la salud mental pública española. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23(3), 447-466.