

DESCRIPCIÓN DEL INVENTARIO MULTIDIMENSIONAL PARA LOS TRASTORNOS EMOCIONALES (MEDI) PARA LA EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DIMENSIONAL

DESCRIPTION OF THE MULTIDIMENSIONAL EMOTIONAL DISORDERS INVENTORY (MEDI) FOR DIMENSIONAL EVALUATION AND DIAGNOSIS

ALBA QUILEZ-ORDEN^{1,2,3}, JAVIER PRADO-ABRIL^{3,4},
VANESA FERRERES-GALÁN^{3,5}, MARÍA ÁNGELES TORRES-ALFOSEA⁶,
MARÍA ASUNCIÓN SANTOS-GOÑI⁷, ÓSCAR PERIS-BAQUERO^{2,3}, Y
JORGE OSMA^{2,3}

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Quílez-Orden, A., Prado-Abril, J., Ferreres-Galán, V., Torres-Alfosea, M. A., Santos-Goñi, M. A., Peris-Baquero, O. y Osma, J. (2022). Descripción del inventario multidimensional para los trastornos emocionales (MEDI) para la evaluación y diagnóstico dimensional [Description of the Multidimensional Emotional Disorders Inventory (MEDI) for Dimensional Evaluation and Diagnosis]. *Acción Psicológica*, 19(2), 15–32. <https://doi.org/10.5944/ap.19.2.36992>

Resumen

El modelo híbrido dimensional-categorial para el diagnóstico de los trastornos emocionales propone la existencia de un conjunto de dimensiones compartidas asociadas a la etiología y mantenimiento de los diferentes trastornos emocionales (trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y otros trastornos relacionados). El Inventario

Multidimensional para los Trastornos Emocionales (MEDI) se desarrolló para evaluar de manera eficiente las dimensiones propuestas por este modelo híbrido (neuroticismo, afecto positivo, estado de ánimo deprimido, activación autónoma, ansiedad somática, ansiedad social, intrusiones cognitivas, reexperimentación traumática y evitación) y cuenta con pruebas de validez en España. El objetivo del presente artículo es describir esta herramienta de evaluación dimensional y comparar sus

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Jorge Osma, Universidad de Zaragoza, España.
Email: osma@unizar.es

ORCID: Alba Quílez-Orden (<https://orcid.org/0000-0002-0421-0529>), Javier Prado-Abril (<https://orcid.org/0000-0002-7286-9034>), Vanesa Ferreres-Galán (<https://orcid.org/0000-0002-0929-0599>), Óscar Peris-Baquero (<https://orcid.org/0000-0002-2437-1207>) y Jorge Osma (<https://orcid.org/0000-0002-7293-318X>).

¹ Unidad de Salud Mental Moncayo, España.

² Departamento de Psicología y Sociología, Universidad de Zaragoza, España.

³ Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón, España.

⁴ Hospital Universitario Miguel Servet, Servicio Aragonés de Salud, España.

⁵ Unidad de Salud Mental del Hospital Comarcal de Vinaròs, España.

⁶ Unidad de Salud Mental Florida-Babel de Alicante, España.

⁷ Hospital Río Hortega de Valladolid, España.

Recibido: 4 de abril de 2022.

Aceptado: 12 de junio de 2022.

resultados con los obtenidos siguiendo los criterios del DSM-5 en una serie de casos clínicos. Se discuten las virtudes del MEDI y las ventajas de una perspectiva dimensional transdiagnóstica en la personalización del tratamiento psicológico.

Palabras clave: Sistemas de clasificación; diagnóstico; trastornos emocionales; enfoque híbrido; evaluación dimensional; transdiagnóstico.

Abstract

The dimensional-categorical hybrid model for the diagnosis of emotional disorders postulates the existence of a set of shared dimensions associated with the etiology and maintenance of different emotional disorders (anxiety, depressive and related disorders). The Multidimensional Emotional Disorder Inventory (MEDI) was developed to efficiently evaluate the dimensions proposed by the hybrid model (neurotic temperament, positive temperament, depressed mood, autonomic arousal, somatic anxiety, social anxiety, intrusive cognitions, traumatic re-experiencing, and avoidance) and already has validity evidence in Spain. The objective of this article is to describe this dimensional evaluation tool and compare its results with those obtained according to DSM-5 criteria in a clinical case series. We discuss the merits of the MEDI and the advantages of the dimensional transdiagnostic perspective for the psychological treatment personalization.

Keywords: Classification systems; diagnosis; emotional disorders; hybrid approach; dimensional assessment; transdiagnostic.

Introducción

A lo largo de la historia han existido diferentes intentos de clasificación de los trastornos mentales con la finalidad de satisfacer la necesidad de ordenar la realidad y ofrecer un lenguaje común que permita alcanzar diferentes fines científicos (Vázquez et al., 2014). El resultado de todo

proceso de clasificación es la obtención de entidades diferenciadas entre sí (Chorot et al., 2020).

Los sistemas vigentes de clasificación en salud mental están principalmente representados por el Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales en su quinta versión revisada (DSM-5-TR; American Psychiatric Association [APA], 2022) y la Clasificación Internacional para las Enfermedades en su undécima versión (CIE-11; World Health Association [WHO], 2018). Ambos se basan en un enfoque categorial, que consiste en la creación de etiquetas diagnósticas en función de la presencia o no de determinados signos y síntomas, suponiendo un proceso dicotómico y cualitativo (Vázquez et al., 2014).

A lo largo del tiempo, las diferentes ediciones de los sistemas de clasificación han incorporado adaptaciones en función de los avances en investigación y de los cambios en la realidad social y cultural, de modo que algunas etiquetas han desaparecido y otras nuevas se han introducido (Vázquez et al., 2014). Se ha pasado de 106 categorías en el DSM-I (APA, 1952) a más de 300 en el DSM-5 (APA, 2013; García-Cerdán et al., 2021). Este número tan elevado de categorías pone en tela de juicio la artificialidad de estas (Lemos, 1995). Además, el enfoque categorial cuenta con diferentes limitaciones prácticas, entre las que destacan la escasa fiabilidad interjueces, las altas tasas de comorbilidad y la superposición sustancial entre características que definen diferentes trastornos (Brown y Barlow, 2009; García-Cerdán et al., 2021).

Ante esta crisis del enfoque categorial, se han desarrollado alternativas de clasificación dimensionales que utilizan un criterio continuo en el que una característica puede presentar diferentes grados, suponiendo un proceso cuantitativo, donde no existen límites precisos (Belloch, 2012; Rosellini y Brown, 2019). Estos enfoques permiten combinar varios atributos, favoreciendo una mayor individualización y ofreciendo información más exhaustiva (Lemos, 1995). Sin embargo, las aproximaciones puramente dimensionales, como los enfoques RDoC (Insel et al., 2010) o HiTOP (Kotov et al., 2017) también cuentan con limitaciones prácticas como el aumento de la complejidad en la metodología para el proceso diagnóstico de los trastornos mentales (Rosellini y Brown, 2019).

A pesar de las limitaciones teóricas de los modelos categóricos y las limitaciones prácticas de los modelos dimensionales, no tienen por qué ser excluyentes, sino que, teniendo en cuenta sus ventajas, pueden combinarse en modelos híbridos. Este tipo de enfoque pretende reconocer las características diferenciales de un grupo de diagnósticos y posteriormente graduar dimensionalmente cada una de ellas (Lemos, 1995).

El modelo de clasificación híbrido dimensional-categorial para el diagnóstico de los trastornos emocionales (en adelante, TEs; Brown y Barlow, 2009), surge con la finalidad de establecer un conjunto de dimensiones transdiagnósticas que resulten informativas y que permitan establecer un perfil visual en base a puntos de corte obtenidos empíricamente. El grupo de TEs incluye los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y otros trastornos relacionados como los trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos disociativos, trastornos por síntomas somáticos, trauma y relacionados con el estrés, entre otros (Bullis et al., 2019). Los autores proponen la existencia de 10 dimensiones asociadas a la etiología y mantenimiento de dichos TEs que también influyen en la respuesta al tratamiento de estos. Dos son dimensiones de orden superior, fundamentales para dicha expresión y desarrollo: temperamento neurótico y temperamento positivo. El resto son de orden inferior y han sido incluidas para facilitar el uso del modelo y aumentar la información que aporta de cara a la planificación del tratamiento: estado de ánimo deprimido, manía, activación autónoma, ansiedad somática, ansiedad social, intrusiones cognitivas, reexperimentación traumática y evitación (Brown y Barlow, 2009).

Fruto del enfoque transdiagnóstico, apareció una propuesta para el tratamiento transdiagnóstico de los TEs denominado Protocolo Unificado (en adelante PU; Barlow et al., 2018), que actualmente ya cuenta con datos de eficacia aplicado en diferentes formatos, contextos, países y poblaciones (Carlucci et al., 2021; Cassiello-Robbins et al., 2020). Además, aparece recogido como tratamiento de elección en el manual de tratamientos psicológicos para adultos publicado recientemente en España, con un nivel 1+ de evidencia y un nivel A de recomendación (Osma, Peris-Baquero, Quilez-Orden et al., 2021).

A pesar de los avances en la investigación sobre el modelo híbrido y el tratamiento transdiagnóstico de los TEs, el desarrollo y validación de instrumentos de evaluación dimensionales ha generado pocos resultados. La alternativa hasta el momento supone la utilización de varios autoinformes para explorar las dimensiones transdiagnósticas de los TEs, lo que conlleva costes y tiempos de administración más elevados, suponiendo una carga en el trabajo de clínicos, investigadores y participantes (Rosellini y Brown, 2019).

Rosellini y Brown (2014) examinaron la validez del modelo híbrido por medio de análisis de clases latentes para 7 de las 10 dimensiones, dando lugar a seis perfiles que tenían validez convergente con los diagnósticos categóricos y que incrementaban la validez para la predicción de resultados clínicos. Estos autores ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar cuestionarios de autoinforme multidimensionales que presenten características psicométricas sólidas (Rosellini y Brown, 2014).

El Inventario Multidimensional para los Trastornos Emocionales (MEDI)

El Inventario Multidimensional para los Trastornos Emocionales (en adelante, MEDI) fue desarrollado para evaluar de manera dimensional nueve de las 10 dimensiones del modelo híbrido dimensional-categorial (Rosellini y Brown, 2019). La dimensión que finalmente no se incluyó en el MEDI es la de manía, debido a la baja tasa y gravedad de los síntomas maniacos en la muestra del estudio original (Rosellini y Brown, 2019).

El MEDI es un inventario autoinformado, compuesto por 49 ítems que evalúan: Temperamento Neurótico (TN), Temperamento Positivo (TP), Estado de Ánimo Deprimido (D), Activación Autónoma (AA), Ansiedad Somática (ASOM), Ansiedad Social (ASOC), Intrusiones Cognitivas (IC), Reexperimentación Traumática (TRA) y Evitación (EV). Los ítems se contestan en una escala tipo Likert de 9 puntos, en la que tienen que indicar en qué grado los ítems son aplicables en su caso desde 0 = “No es característico en mí” hasta 8 = “Totalmente característico en mí”. El MEDI ofrece un perfil completo del funciona-

miento de una persona en los dominios fundamentales de los TEs, sin la necesidad de administrar cuestionarios específicos para cada diagnóstico, aspecto especialmente útil en este grupo de categorías, debido a las elevadas tasas de comorbilidad entre ellas (Brown y Barlow, 1992).

Hasta el momento, el MEDI ha mostrado buenos datos de fiabilidad y validez en su estudio de desarrollo con muestra clínica ambulatoria ($N = 780$), con una estructura de nueve factores, correlaciones consistentes con los cuestionarios esperados y alta consistencia para cada una de las dimensiones ($.68 < \alpha < .93$) (Rosellini y Brown, 2019). En España, existen dos estudios de fiabilidad y validez del MEDI, uno en muestra no clínica ($N = 455$ estudiantes universitarios; Osma, Martínez-Loredo et al., 2021) y otro en muestra clínica con diagnósticos de TEs ($N = 280$ pacientes del Sistema Nacional de Salud; Osma, Martínez-Loredo et al., 2022). Ambos estudios ponen de manifiesto los buenos resultados en fiabilidad y validez del MEDI, confirmando la estructura de nueve factores y obteniendo buenos valores de consistencia para todas las dimensiones, tanto en muestra no clínica ($.74 < \alpha < .92$; Osma, Martínez-Loredo et al., 2021) como clínica ($.45 < \alpha < .76$, Osma, Martínez-Loredo et al., 2022).

La Tabla 1 muestra las medias, desviaciones típicas y consistencia interna para cada una de las dimensiones en

función del estudio. El cuestionario en castellano está disponible en el Apéndice 1 (Osma, Martínez-Loredo et al., 2021).

Desde su reciente aparición, el MEDI ha provocado un gran interés desde el ámbito científico, presentándose en varios artículos y manuales como el instrumento dimensional para la evaluación y planificación de tratamientos transdiagnósticos (Boettcher et al., 2020; Farchione et al., 2021; Osma, Martínez-Loredo et al., 2021; Tung et al., 2020). Esto se debe, en gran medida, a las ventajas que presenta al poder explorar las nueve dimensiones transdiagnósticas con un único inventario, reduciéndose así los tiempos y costes de evaluación. Además, el MEDI ha fomentado una mayor investigación sobre el modelo híbrido para los TEs (Brown y Barlow, 2009) y permite la planificación y seguimiento de tratamientos transdiagnósticos por medio de la evaluación dimensional y no de los síntomas de diferentes trastornos específicos (Osma, Martínez-Loredo et al., 2021).

Este trabajo descriptivo ha sido desarrollado con el objetivo de dar a conocer el MEDI a los profesionales de la psicología interesados en el abordaje de los TEs. En consecuencia, (a) se justifica teóricamente su desarrollo, (b) se describe su estructura (qué mide y cómo lo mide), (c) se describen sus características psicométricas en distintas

Tabla 1

Medias, desviaciones típicas y datos de consistencia de las dimensiones del MEDI en los diferentes estudios

Dimensiones	Muestra clínica ambulatoria (N=780) (Rosellini y Brown, 2019)			Muestra no clínica (N=455) (Osma, Martínez-Loredo et al., 2021)			Muestra clínica ambulatoria (N=280) (Osma et al., in press)		
	<i>M</i>	<i>DT</i>	ρ	<i>M</i>	<i>DT</i>	α	<i>M</i>	<i>DT</i>	α
Temperamento Neurótico (TN)	23.79	8.18	.74	17.97	8.86	.80	27.81	7.56	.66
Temperamento Positivo (TP)	22.27	7.07	.75	28.49	6.51	.74	20.26	7.54	.72
Estado de Ánimo Deprimido (D)	16.37	9.17	.84	9.02	8.46	.87	22.18	9.94	.81
Activación Autónoma (AA)	17.15	9.83	.78	7.45	7.74	.79	19.46	10.27	.80
Intrusiones Cognitivas (IC)	19.03	11.78	.93	9.98	9.99	.87	23.54	12.36	.84
Ansiedad Somática (ASOM)	16.27	10.08	.81	13.34	7.68	.75	20.94	10.61	.83
Ansiedad Social (ASOC)	21.05	11.60	.85	13.88	10.22	.92	20.57	11.64	.91
Reexperimentación Traumática (TRA)	10.55	9.63	.86	7.11	7.99	.87	18.76	11.67	.87
Evitación (EV)	29.27	11.60	.68	19.64	10.93	.77	32.35	12.43	.73

muestras españolas y (d) se ejemplifica, a través de distintos casos clínicos, su valor informativo clínico comparado con los resultados obtenidos según criterios categoriales DSM.

Método

Estudio y selección de casos

Los casos del presente trabajo han sido seleccionados entre la muestra reclutada para la validación del MEDI en población clínica española (Osma, Martínez-Loredo et al., 2022). Se ofreció la participación en el estudio a aquellas personas que presentaban al menos un diagnóstico principal de TE y que solicitaban atención en diferentes Unidades de Salud Mental (USM) de España (ver el resto de los criterios de inclusión y exclusión en Osma, Martínez-Loredo et al., 2022). El psicólogo clínico de cada una de las USM es quien ofreció la colaboración en el estudio y tras la firma del consentimiento informado por parte del participante, les administró la batería de cuestionarios (ver sección de Instrumentos en Osma, Martínez-Loredo et al., 2022) y les asignó uno o varios diagnósticos en base a los criterios del DSM-5 (APA, 2013).

Es necesario resaltar que, por lo general, en las USM españolas, los psicólogos clínicos realizan la exploración diagnóstica siguiendo los criterios del DSM-5 (APA, 2013), aunque no utilizan entrevistas clínicas estructuradas ni instrumentos diagnósticos como tal, por la importante limitación de tiempo de las consultas.

Estos casos han sido seleccionados por tener un diagnóstico principal diverso dentro de las categorías que engloban los TEs, con la finalidad de representar cómo varían los perfiles del MEDI en función de los síntomas más característicos del participante.

Casos clínicos

A continuación, se presentan cada uno de los casos, siguiendo una estructura que permite la comparación entre el sistema híbrido que contempla el MEDI y el sistema categorial que se sigue desde el DSM-5 (APA, 2013). Aparecen descritos los criterios clínicos del sistema categorial

que cumple el participante y en las figuras aparecen las puntuaciones del MEDI, con las medias clínicas para cada una de las dimensiones en población española en un número más pequeño y cursiva (Osma, Martínez-Loredo et al., 2022). Las puntuaciones del MEDI se han ponderado de 0 a 100 para facilitar su interpretación.

Participante 1

La participante 1 es una mujer de 33 años, casada, con un nivel básico de estudios y laboralmente activa. Llegó a la USM refiriendo estado de ánimo triste, dificultad para disfrutar de las tareas que previamente le resultaban agradables, insomnio de mantenimiento, astenia, hiporexia y sentimientos de desesperanza. La participante atribuye la sintomatología al ámbito familiar, donde actualmente existe un conflicto económico relacionado con una herencia familiar. Esta problemática provoca discusiones frecuentes de pareja.

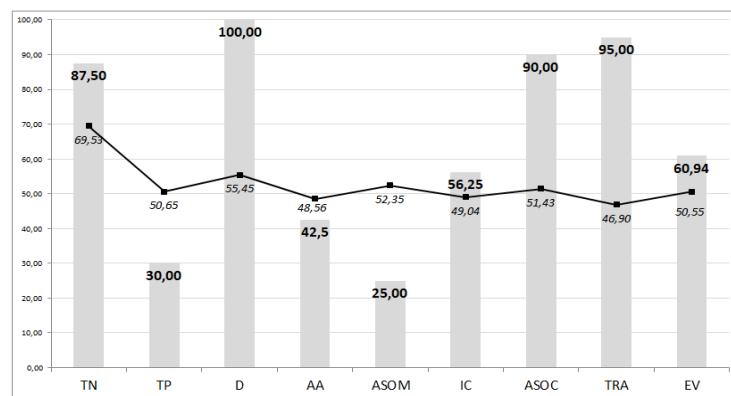
Diagnóstico categorial según criterios DSM-5 y dimensional según MEDI: Se asignó un diagnóstico principal de Episodio Depresivo Leve (F32.0), destacando ánimo depresivo superior a los dos meses, incremento de la fatiga y anhedonia del DSM-5 (APA, 2013). Respecto a las puntuaciones en el MEDI (véase Figura 1), destacan las puntuaciones elevadas en puntuaciones esperadas como el alto puntaje en D o EV. Las altas puntuaciones en IC, ASOC, TRA y EV, habrían pasado desapercibidas en la evaluación categorial que únicamente explora síntomas depresivos y son dimensiones que requieren un abordaje específico.

Participante 2

La participante 2 es una mujer de 30 años, casada, con un nivel superior de estudios y activa laboralmente. Llegó a la USM remitida desde Atención Primaria por sintomatología emocional reactiva: tristeza, insomnio, malestar físico que le preocupa, rumiativa respecto a los síntomas, principalmente por sensación de mareo. Describe problemas relacionales, sobre todo con la figura paterna, a quien describe como autoritario y rígido. También ha tenido una ruptura de pareja que recientemente se ha solucionado.

Figura 1.

Perfil obtenido a través del MEDI para el Participante 1 y puntos de corte en población clínica (Osma, Martínez-Loredo et al., 2022). Las puntuaciones directas se han transformado a una escala de 0-100.



En la primera entrevista describe elevado nivel de ansiedad basal, tendencia a la preocupación (sobre todo por salud), escasas habilidades sociales y actitud pasiva en cuanto a funcionamiento cotidiano. También destaca poca capacidad hedónica, con insatisfacción en áreas sociales y familiares (mucha ambivalencia con figura paterna). El último año se ha complicado su situación por varios estresores: crisis de pareja, COVID-19 e insatisfacción laboral. Desde entonces aumentó su sintomatología, con presencia de síntomas físicos como mareos, sensación de entumecimiento y pesadez que le asustan y paralizan (deja de ir al

gimnasio, a bailar...). Lleva un año preocupada y con conductas de evitación.

Diagnóstico categorial según criterios DSM-5 y dimensional según MEDI: Se asignó un diagnóstico principal de Trastorno de Pánico (F41.0), destacando la presencia de ataques de pánico con síntomas como palpitaciones, sensación de mareo y aturdimiento, miedo a perder el control y preocupación y evitación hacia los mismos. Respecto a las puntuaciones en el MEDI (véase Figura 2), destacan las puntuaciones elevadas en TN, ASOM y AA.

Figura 2.

Perfil obtenido a través del MEDI para el Participante 2 y puntos de corte en población clínica (Osma, Martínez-Loredo et al., 2022). Las puntuaciones directas se han transformado a una escala de 0-100.

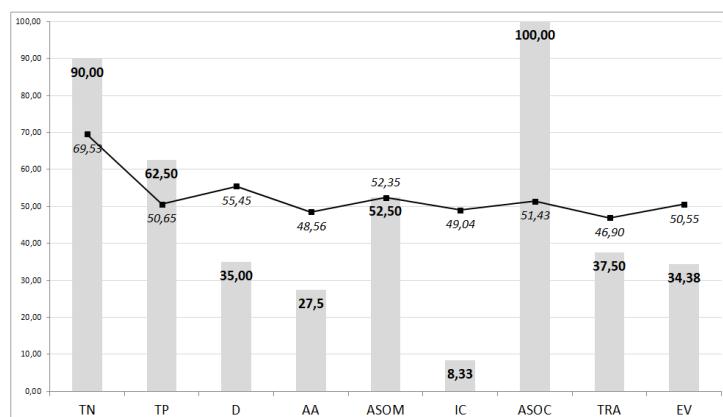
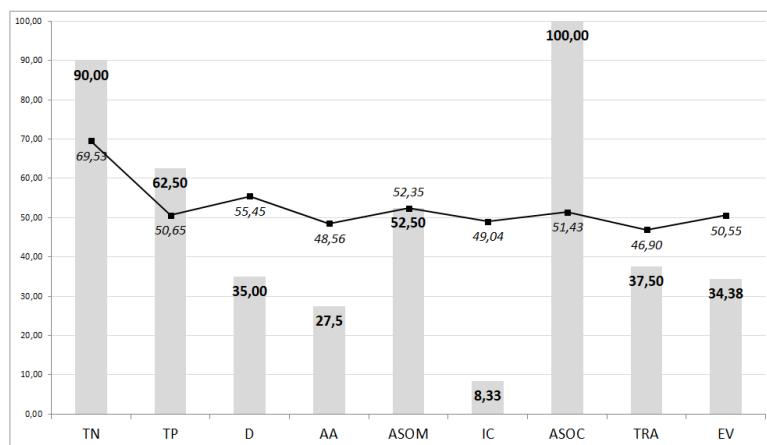


Figura 3.

Perfil obtenido a través del MEDI para el Participante 3 y puntos de corte en población clínica (Osma, Martínez-Loredo et al., 2022). Las puntuaciones directas se han transformado a una escala de 0-100.



Además, aparecen también puntuaciones altas en D y TRA, que la paciente no refiere explícitamente. A raíz de estas puntuaciones se exploró la sintomatología de TRA, que está relacionada con experiencias de maltrato que refiere por parte de su padre.

Participante 3

El participante 3 es un hombre de 20 años, soltero, actualmente realizando el 2º curso de sus estudios universitarios. Es el mayor de tres hermanos con los que convive junto a su padre. Su madre falleció de manera traumática hace un año. Llegó a la USM derivado por su médico de Atención Primaria por presentar “problemas de relación interpersonal y fobia a hablar en público con personas que no conoce, no le salen las palabras y se queda callado”. El paciente refiere en la entrevista que el inicio de esta problemática comienza alrededor de los 12 años y se ha agudizado en los últimos años. Por este motivo, fue él quien solicitó la derivación a la USM porque quiere hacerle frente. Con los amigos y con la familia sí puede hablar con normalidad, excepto con el abuelo al que describe como “muy serio, transmite incomodidad” y con el que se siente evaluado al hablar. Al finalizar este curso se plantea cambiar a algún ciclo formativo y después opositar a bombero, que es su meta y por eso quiere trabajar la ansiedad social.

Diagnóstico categorial según criterios DSM-5 y dimensional según MEDI: Se asignó un diagnóstico principal de Trastorno de Ansiedad Social (F40.10) por presentar miedo y ansiedad intensa (desproporcionados a la amenaza real) en una o más situaciones sociales en las que ha estado expuesto al posible examen por parte de otras personas y por el miedo a actuar de cierta manera y a mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (APA, 2013). En la Figura 3 se observan puntuaciones esperadas en el MEDI como el alto puntaje en ASOC o TN, pero también aparecen puntuaciones altas en TP, ASOM y TRA. La puntuación del MEDI recoge gran parte de las experiencias que relata el participante a lo largo de la evaluación inicial y de una manera más amplia que la información que aporta el diagnóstico categorial. Sus puntuaciones en TRA permiten indagar en posibles experiencias potencialmente traumáticas previas (pérdida de la madre y dificultades a nivel familiar). Presenta un alto nivel de ansiedad con manifestaciones somáticas (tensión en las cuerdas vocales, llegando a no poder hablar).

Participante 4

La participante 4 es una mujer de 35 años, soltera, con un nivel superior de estudios y activa laboralmente. Llegó a la USM derivada por su médico de Atención Primaria

para valoración psicológica por ansiedad y somatizaciones.

Refiere tener tendencia a la ansiedad y a las preocupaciones desde siempre, acentuándose desde el inicio de la pandemia. Le preocupa entre otros temas el trabajo, presenta mayor sobrecarga y presión laboral a raíz de que la empresa impuso el teletrabajo y teme ser despedida. En ocasiones, cuando se siente ansiosa, nota un nudo en la garganta y no puede evitar pensar que esta sensación física indica que algo a nivel físico no va bien. También somatiza la ansiedad en hombros y cervicales, con contracturas musculares.

Refiere dormir mal, “asustada” y con pesadillas. No tiene un sueño reparador y no descansa. No se detectan síntomas psicóticos, ni obsesivos, tampoco ideación auto o heteroagresiva, conductas de riesgo o disruptivas.

Su estado emocional actual interfiere en su vida personal mostrándose más irritable con su pareja, generando discusiones muy frecuentes, lo que también supone una preocupación más por el temor a que la relación se rompa.

Diagnóstico categorial según criterios DSM-5 y dimensional según MEDI: Se asignó un diagnóstico princi-

pal de Trastorno de Ansiedad Generalizada (F41.1), por cumplir con los criterios del DSM-5 (APA, 2013), destacando especialmente ansiedad y preocupación excesiva asociada a irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño.

En la Figura 4 se observan puntuaciones altas en todas las variables de ansiedad (AA, ASOM, IC, ASOC), destacando especialmente la alta puntuación en ASOM.

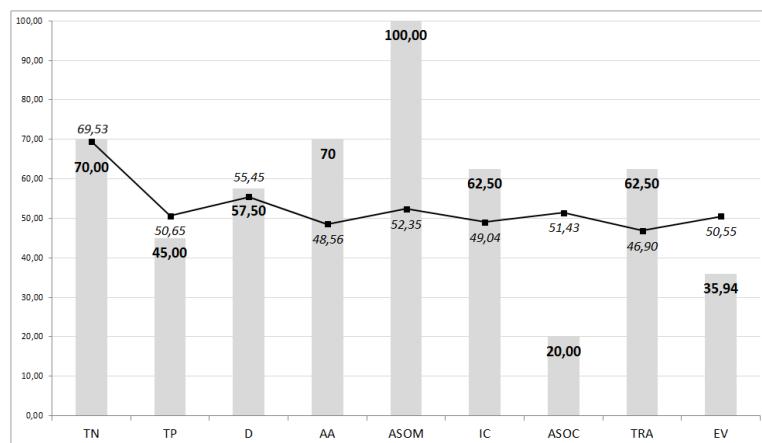
Aunque la participante ya apuntaba en la entrevista inicial su ansiedad ante las enfermedades como una fuente de preocupación, las altas puntuaciones obtenidas en esta dimensión con la evaluación por medio del MEDI, muestran también la necesidad de trabajar de forma más específica aquellas preocupaciones que estén más relacionadas con sensaciones físicas o el miedo a enfermar.

Participante 5

La participante 5 es una mujer de 41 años, soltera, con un nivel superior de estudios y activa laboralmente. Llegó a la USM derivada por su médico de Atención Primaria. Es atendida en primera consulta por el psiquiatra siendo diagnosticada de Trastorno de Ansiedad por Enfermedad.

Figura 4.

Perfil obtenido a través del MEDI para el Participante 4 y puntos de corte en población clínica (Osma, Martínez-Loredo et al., 2022). Las puntuaciones directas se han transformado a una escala de 0-100.



El psiquiatra recomienda a la participante iniciar tratamiento psicológico y es dada de alta por su parte. Había estado en tratamiento psiquiátrico previamente en 2015 por ansiedad asociada al pensamiento de padecer cáncer. La ansiedad le provocó algún síntope.

Acude por primera vez al psicólogo en abril de 2021. Refiere inicio de la ansiedad por enfermar alrededor de los 30 años. No lo asocia a ningún evento estresante externo. A partir de ese momento comienza con dolores y molestias continuas que interpreta como posibles enfermedades graves. Acude al médico cuando tiene cualquier síntoma “anormal” y suele documentarse sobre las enfermedades a través de internet.

Muestra llanto al relatar la enfermedad presente desde hace un año. Refiere que desde que empezó la pandemia le diagnosticaron tuberculosis pulmonar, estuvo ingresada en abril de 2020, sintiéndose aislada y sola. En enero de 2021 tuvo una neumonía, le realizaron una broncoscopia y han concluido que todavía tiene bacilos de la tuberculosis. Presenta pensamientos recurrentes en torno a las posibilidades de no recuperarse y finalmente morir por alguna complicación de la enfermedad. También le invaden pensamientos relacionados con temor a contraer otras enfermedades. Dificultades para conciliar y mantener el

sueño. Falta de concentración ocasional influida por la ansiedad psíquica, pasando demasiado tiempo pensando en su salud. No presenta síntomas psicóticos.

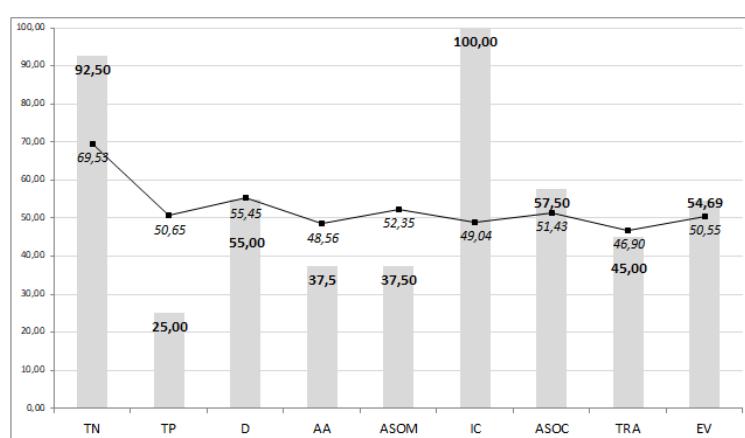
Diagnóstico categorial según criterios DSM-5 y dimensional según MEDI: Se le asignó un diagnóstico principal de Trastorno de Ansiedad por Enfermedad (F45.21), por cumplir criterios del DSM-5 (APA, 2013) como preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave y en su caso, al padecer una afección médica, la preocupación es excesiva.

En la Figura 5 se observan puntuaciones esperadas como el alto puntaje en AA y ASOM, pero también puntuaciones altas en TRA, EV.

Las altas puntuaciones en TRA y EV, habrían pasado desapercibidas en la evaluación categorial que únicamente explora síntomas relacionados con la preocupación por la salud y son dimensiones que requieren un abordaje específico. Además, quizás sea interesante contar con las altas puntuaciones en TP como un factor protector y de buen pronóstico para la intervención.

Figura 5.

Perfil obtenido a través del MEDI para el Participante 5 y puntos de corte en población clínica (Osma et al., in press).



Participante 6

El participante 6 es un hombre de 22 años, con pareja estable desde hace dos años antes de acudir a consulta. Tiene un nivel superior de estudios y está preparando oposiciones para administrativo en la Universidad. Vive con sus padres y tiene buena red social. Llegó a la USM por derivación de su médica de Atención Primaria por presentar “antecedentes de nerviosismo en su historia clínica y referir obsesiones y compulsiones asociadas a síntomas ansiosos”. Durante la evaluación inicial, el participante refiere numerosas intrusiones sobre planificación en todas las tareas, también las no importantes, de forma reiterativa y con comprobaciones. También refiere tener la necesidad de recordar las tareas pendientes durante todo el fin de semana, exámenes que tendrán lugar dentro de 8-9 meses, etc. Lo que más le preocupa y revisa mentalmente y en la agenda del móvil son las tareas previstas para más adelante. Describe en la entrevista pensamientos rumiantivos egodistónicos, intrusivos y compulsiones mentales en forma de pensar un número determinado de veces lo que tiene que hacer la semana que viene y rituales de comprobación de seguridad (ordenador, puertas, etc.) que realiza de forma rutinaria diariamente, aunque dice que no le preocupan. Por último,

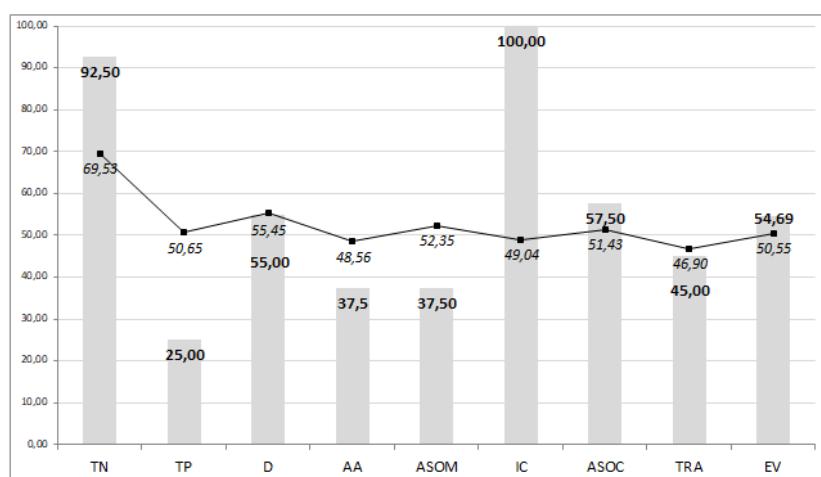
el participante manifestó dificultad para disfrutar y la presencia de un estado de ánimo deprimido “cuanto más feliz estoy (e.g., de viaje con pareja), peor estoy”. Alto nivel de perfeccionismo y dificultad para disfrutar y dejarse llevar: “Ha de estar todo perfecto para poder disfrutar”. Describe un estado anímico fluctuante y reactivo a circunstancias vitales y niveles de ansiedad basal sin alcanzar crisis de pánico. Le afecta físicamente (dolor de estómago).

Diagnóstico categorial según criterios DSM-5 y dimensional según MEDI: Al participante 6 se le asignó un diagnóstico principal de Trastorno Obsesivo-Compulsivo (F42), al presentar obsesiones y compulsiones a los que dedica mucho tiempo, que generan malestar clínicamente significativo y que no se pueden atribuir al efecto fisiológico de una sustancia ni a otro trastorno mental.

En la Figura 6 se observan puntuaciones altas en NT e IC y también puntuaciones altas en D, ASOC o TRA. Las altas puntuaciones en IC son las que se identifican más claramente por medio de la evaluación categorial; sin embargo, en la evaluación dimensional destacan las puntuaciones en las dimensiones D, ASOC y EV, por lo que habría que considerar los síntomas depresivos y valorar si las

Figura 6.

Perfil obtenido a través del MEDI para el Participante 6. y puntos de corte en población clínica (Osma, Martínez-Loredo et al., 2022). Las puntuaciones directas se han transformado a una escala de 0-100.



intrusiones cognitivas y las conductas de evitación están relacionadas con contenido social. Por último, la evitación no se constató en lo manifestado en las entrevistas, por lo que es una aportación importante detectada a través del MEDI.

Participante 7

La participante 7 es una mujer de 20 años, soltera, con un nivel superior de estudios y estudiante. Llegó a la USM remitida desde Atención Primaria con la siguiente interconsulta “Acude con la madre para explicarme que tuvo una relación de pareja hace tres años, con conflictos de pareja que le han provocado autoestima muy baja, con cierto aislamiento”. En la primera entrevista describe sintomatología ansiosa difusa y afectiva (apatía, anhedonia, irritabilidad...) que repercute en su funcionamiento habitual, sobre todo a nivel relacional. Según refiere, la sintomatología emocional es reactiva al hecho de haber sido víctima de una relación “tóxica” en la que ha sido maltratada tanto física como psicológicamente. Relata en sesión que revive continuamente las experiencias pasadas y pese a haber podido romper dicha relación, su vida actual está totalmente limitada por ella. Describe con gran intensidad afectiva toda la vivencia relacional.

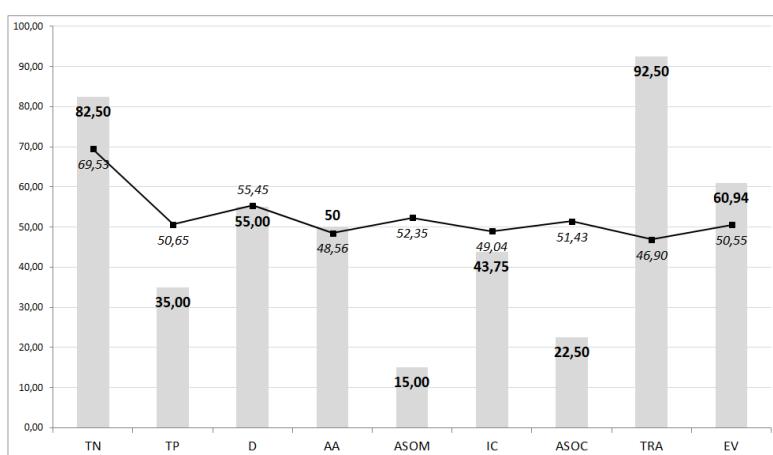
Diagnóstico categorial según criterios DSM-5 y dimensional según MEDI: A la participante 7 se le asignó un diagnóstico principal de Trastorno de Estrés Postraumático (F94.1), por cumplir con los siguientes criterios del DSM-5 (APA, 2013): experiencia directa de un suceso traumático que conlleva recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos, malestar psicológico intenso y prolongado al exponerse a factores relacionados con el suceso y reacciones fisiológicas intensas, además de evitación en relación a todo lo que pueda recordar el suceso traumático.

En la Figura 7 se observan puntuaciones esperadas como el alto puntaje en TRA, pero también destacan altas puntuaciones en EV, IC, AA o D.

Las altas puntuaciones en IC o AA podrían estar relacionadas con la reexperimentación traumática y resulta interesante tener en cuenta la alta puntuación en EV como una muestra de la interferencia de la sintomatología en la vida diaria de la participante. Esto a su vez podría explicar las altas puntuaciones en D.

Figura 7.

Perfil obtenido a través del MEDI para el Participante 7 y puntos de corte en población clínica (Osma, Martínez-Loredo et al., 2022). Las puntuaciones directas se han transformado a una escala de 0-100.



Método

Hace exactamente 20 años que Kupfer et al. (2002) en un trabajo visionario planteaban de manera clara que los objetivos de los DSM, es decir validar los distintos síndromes que se describen, no se habían conseguido. Afirmaban que las altas tasas de comorbilidad entre los trastornos son una evidencia de que los síndromes no representan distintas etiologías y, además, subrayaban la inestabilidad temporal de los diagnósticos clínicos a corto plazo. Estas afirmaciones son estrictamente contemporáneas y la comunidad científica lleva años dirigiendo sus esfuerzos a plantear métodos de clasificación alternativos a los categoriales, entre los que destacan los modelos dimensionales y transdiagnósticos (Belloch, 2012; Sandín et al., 2012).

Dentro de los modelos que en psicopatología se han preocupado por explorar los procesos transdiagnósticos, se encuentran los modelos de rango limitado y múltiples procesos que tratan de identificar un conjunto de procesos cognitivos, emocionales y conductuales que están implicados en el mantenimiento de un grupo limitado de trastornos (para más información sobre los modelos, véase Mansell et al., 2009). De entre estos modelos, destaca el modelo de clasificación híbrido dimensional-categorial para el diagnóstico de los TEs (Brown y Barlow, 2009) que, como se ha descrito previamente, plantea la existencia de un conjunto de dimensiones de orden superior (temperamento positivo y negativo) e inferior (síntomas depresivos, síntomas ansiosos y evitación).

Desde esta perspectiva teórica, se diseña y valida el MEDI, un inventario que permite la evaluación de nueve dimensiones compartidas por los TEs. Afortunadamente, ya existen datos sobre las buenas propiedades psicométricas del MEDI en castellano, tanto en población no clínica (Osma, Martínez-Loredo et al., 2021) como clínica (Osma, Martínez-Loredo et al., 2022).

Con el objetivo de ejemplificar las ventajas del MEDI frente al diagnóstico categorial basado en criterios DSM, se han comparado los criterios diagnósticos DSM con el perfil dimensional extraído del MEDI en un conjunto de personas con distintos TEs. A continuación, se discuten estas ventajas tanto para las personas evaluadas como para los profesionales de la psicología clínica que evalúan y tra-

tan a estas personas en los servicios públicos de salud mental.

Una de las ventajas principales de usar el MEDI como herramienta de evaluación dimensional es la posibilidad de contar con un perfil clínico que incluye tanto síntomas como dimensiones transdiagnósticas relacionadas con la etiología y el mantenimiento de los TEs (Brown y Barlow, 2009; Rosellini y Brown, 2019).

Otra de sus ventajas es la reducción de costes y tiempos en la evaluación, implicando una reducción de la carga para las personas atendidas y los psicólogos clínicos. Esto es especialmente importante si se considera que, por ejemplo, el tiempo medio de lista de espera para la primera consulta en salud mental está en torno a 74 días (Díaz et al., 2017) o que la duración media de las sesiones se sitúa entre 30 y 40 minutos (Osma, Peris-Baquero, Suso-Ribera et al., 2021), lo que pone de manifiesto la necesidad de disponer de herramientas de evaluación breves y rápidas.

Mediante solo 49 ítems, se evalúan 9 dimensiones que supondrían alrededor de 88 ítems si se utilizaran cuestionarios específicos para cada dimensión (Osma, Martínez-Loredo et al., 2021). Por ejemplo, el tiempo estimado para realizar una evaluación categorial estructurada, utilizando la entrevista ADIS, varía aproximadamente entre 2 y 4 horas; mientras que el tiempo medio para la administración del MEDI es de 15-30 minutos (Boettcher et al., 2020). Este aspecto es especialmente importante para servicios asistenciales que, como el Sistema Nacional de Salud español, se caracterizan por la sobrecarga asistencial, las listas de espera y la exigencia de un uso eficiente de los recursos disponibles (Díaz et al., 2017).

Por medio de los diferentes perfiles del MEDI analizados, se observan diferentes aspectos importantes. En primer lugar, destaca cómo todos los participantes obtienen puntuaciones clínicas en las dimensiones de orden superior (TN y TP), independientemente del tipo de etiqueta diagnóstica que se les haya asignado por medio del DSM. Los participantes 3 y 5 suponen la excepción, ya que obtienen puntuaciones más bajas en TN y más altas en TP que la media clínica, aspecto que podría servir para planificar la intervención. En cuanto a las dimensiones de orden inferior, el perfil del MEDI refleja el diagnóstico catego-

rial, al obtener altas puntuaciones en la dimensión más específica para su categoría. La participante 1 (Episodio Depresivo Leve) obtiene puntuaciones muy altas en D, la participante 2 (Trastorno de Pánico) puntuaciones elevadas en AA y ASOM, el participante 3 (Trastorno de Ansiedad Social) puntuaciones elevadas en ASOC, la participante 4 (Trastorno de Ansiedad Generalizada) puntuaciones elevadas en las dimensiones relacionadas con la ansiedad como ASOM, AA e IC, la participante 5 (Trastorno de Ansiedad por la Enfermedad) puntuaciones altas en ASOM y AA, el participante 6 (Trastorno Obsesivo-Compulsivo) puntuaciones altas en IC y, finalmente, la participante 7 (Trastorno de Estrés Postraumático) puntuaciones altas en TRA. Sin embargo, el MEDI no solo es sensible en la detección de los síntomas más específicos propios de la categoría diagnóstica, sino que también identifica dimensiones. Por ejemplo, la participante 1, a la que se asigna un diagnóstico de Episodio Depresivo Leve, cumple los criterios del DSM para dicha etiqueta. Si se realizará una evaluación psicométrica, con herramientas específicas como el BDI-II, la puntuación reflejaría la existencia de sintomatología depresiva, como la dimensión D del MEDI. Sin embargo, por medio de esa herramienta no se hubieran evaluado otras dimensiones en las que la participante tiene puntuaciones clínicas, como IC, ASOC, TRA y EV y que son de utilidad para el diseño del tratamiento psicológico. En caso de haberlo hecho por medio de herramientas específicas, se habrían necesitado múltiples cuestionarios, mientras que el perfil del MEDI nos aporta esta información en un solo instrumento. Este aspecto resulta especialmente útil en aquellos casos que presentan comorbilidad, que es la norma en los TEs (Brown y Barlow, 2009).

En las USM del Sistema Nacional de Salud, la clasificación categorial está fuertemente arraigada, especialmente por las restricciones que establece la organización administrativo-burocrática y el modelo biomédico imperante. En este sentido, la evaluación dimensional de los TEs a través del MEDI permitiría enriquecer la evaluación y el diagnóstico clínico categorial con información clínica adicional que permita hacer una conceptualización del caso más completa que permita personalizar y optimizar el diseño del tratamiento psicológico.

La aplicación del MEDI cobra todavía más importancia cuando se va a llevar a cabo una intervención trans-

diagnóstica para los TEs como el PU (Barlow et al., 2018). En un primer momento, el MEDI puede servir para crear un perfil clínico del participante, en el que aparezcan plasmados las dimensiones que mayor atención terapéutica requerirán durante el tratamiento. El terapeuta puede utilizar este perfil para completar el apartado del plan terapéutico de la formulación del caso (Rosellini y Brown, 2019). Este método permite personalizar cada uno de los módulos del PU a las características sociodemográficas y clínicas de la persona evaluada. Finalmente, otra utilidad es la de monitorizar cómo cambian las puntuaciones en cada dimensión tras la aplicación de cada módulo transdiagnóstico, si se desea, o al finalizar el tratamiento. La utilización de un tratamiento transdiagnóstico como el PU permitirá ver cómo se producen cambios no solo en los síntomas ansiosos y depresivos, sino también en dimensiones de vulnerabilidad o mecanismos transdiagnósticos como el temperamento negativo (neuroticismo), el temperamento positivo (extraversión) o la evitación (Brown y Barlow, 2009). Hasta ahora, los estudios que han demostrado que los pacientes con TEs que han recibido el PU consiguen mejoras tanto en síntomas como en mecanismos transdiagnósticos lo han hecho utilizando un número mayor de cuestionarios (Osma, Navarro-Haro et al., 2022; Osma, Peris-Baquero, Quilez-Orden et al., 2021; Osma, Martínez-García et al., 2022; Sauer-Zavala et al., 2020).

Hasta el momento, no existen datos sobre la sensibilidad al cambio terapéutico del MEDI y, en consecuencia, serán futuros estudios los que deberán estudiar la mejora clínica en las distintas dimensiones evaluadas por el MEDI tras una intervención psicológica. Disponer de validación en castellano será de utilidad para este cometido.

Conclusiones

El MEDI es una herramienta creada a partir un modelo teórico basado en la evidencia, el modelo híbrido dimensional-categorial. Este enfoque plantea un diagnóstico basado en una serie de dimensiones compartidas por los distintos TEs, que incluyen tanto síntomas comunes como mecanismos transdiagnósticos asociados a la etiología y mantenimiento de los TEs (Brown y Barlow, 2009). Existen datos de validez y fiabilidad del MEDI en muestras españolas con y sin TEs (Osma, Martínez-Loredo et al.,

2021; Osma, Martínez-Loredo et al., 2022). El perfil obtenido con el MEDI ofrece información clínica adicional, síntomas y mecanismos transdiagnósticos, a la aportada por los criterios diagnósticos categoriales y, además, contempla la comorbilidad entre los TEs. Es un inventario rápido de administrar y sencillo de corregir por lo que es un método coste-efectivo para la evaluación y diagnóstico de personas con TEs en contextos de salud pública. El MEDI facilita la formulación de casos clínicos y la personalización y planificación del tratamiento psicológico. Futuras investigaciones que incluyan el MEDI en los protocolos de evaluación tendrán que corroborar su utilidad clínica.

Referencias

- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1^a ed.). Autor.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^a ed.). Autor.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^a ed., rev.). Autor.
- 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* (2^a ed.). Oxford University Press.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones [Proposals for a Transdiagnostic Perspective of Mental and Behavioural Disorders: Evidence, Usefulness, and Limitations]. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 295-311. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11845>
- Boettcher, H., Correa, J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Rosellini, A. J., Brown, T. A., Kennedy, K., Todd, J. F. y Barlow, D. B. (2020). Dimensional Assessment of Emotional Disorder Outcomes in Transdiagnostic Treatment: A Clinical Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(4), 442-453. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.11.001>
- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 835-844. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.60.6.835>
- 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(3), 256-271. <https://doi.org/10.1037/a0016608>
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2019). What is an Emotional Disorder? A Transdiagnostic Mechanistic Definition with Implications for Assessment, Treatment, and Prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(2), 1-19. <https://doi.org/10.1111/csp.12278>
- Carlucci, L., Saggino, A. y Balsamo, M. (2021). On the Efficacy of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 87, Artículo 101999. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2021.101999>
- Cassiello-Robbins, C., Southward, M. W., Tirpak, J. W. y Sauer-Zavala, S. (2020). A Systematic Review of Unified Protocol Applications with Adult Populations: Facilitating Widespread Dissemination Via Adaptability. *Clinical Psychology Review*, 78(2), Artículo 101852. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101852>

- Chorot, P., Valiente, R. M. y Sandín, B. (2020). Clasificación y diagnóstico en psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (3^a ed.; pp. 69-96). McGraw-Hill.
- Díaz, J., Díaz-de-Neira, M., Jarabo, A., Roig, P. y Román, P. (2017). Estudio de derivaciones de Atención Primaria a centros de Salud Mental en pacientes adultos en la Comunidad de Madrid [Study of Primary Care Referrals to Mental Health Centers in Adult Patients in Madrid Region]. *Clínica y Salud*, 28(2), 65-70. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.03.001>
- Farchione, T. J., Fitzgerald, H. E., Curreri, A., Janes, A. C., Gallagher, M. W., Sbi, S., Eustis, E. H. y Barlow, D. H. (2021). Efficacy of the Unified Protocol for the treatment of comorbid alcohol use and anxiety disorders: Study protocol and methods. *Contemporary Clinical Trials*, 108, Artículo 106512. <https://doi.org/10.1016/J.CCT.2021.106512>
- García-Cerdán, L., García-Montes, J. M. y Pérez-Álvarez, M. (2021). Los tratamientos transdiagnósticos: método de los niveles y terapia focalizada en las emociones. En E. Fonseca, *Manual de Tratamientos Psicológicos Adultos* (pp. 117-166). Pirámide.
- Cerdán, L. G., Montes, J. M. G. y Álvarez, M. P. (2021). Los tratamientos transdiagnósticos: método de los niveles de terapia focalizada en las emociones. En E. Fonseca (Ed.), *Manual de tratamientos psicológicos: adultos* (pp. 117-166). Pirámide.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K. y Wang, P. (2010). Research Domain Criteria (RDoC): Toward a New Classification Framework for Research on Mental Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 748-751. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M. y Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126, 454-477. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/abn0000258>
- Kupfer, D. J., First, M. B. y Darrel, A. R. (2002). *A research agenda for DSM-V*. American Psychiatric Association.
- Lemos, S. (1995). Clasificación y diagnóstico en psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (Volumen I). Mc.Graw-Hill.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. y Shafran, R. (2009). Conceptual Foundations of the Transdiagnostic Approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 6-19.
- Osma, J., Navarro-Haro, M. V., Peris-Baquero, Ó. y Suso-Ribera, C. (2022). Unified Protocol in a Group Format for Improving Specific Symptoms of Emotional Disorders in the Spanish Public Health System. *Psicothema*, 34(1), 25-34. <https://doi.org/10.7334/PSICOTHEMA2021.246>
- Osma, J., Martínez-García, L., Peris-Baquero, Ó., Navarro-Haro, M. V., González-Pérez, A. y Suso-Ribera, C. (2021). Implementation, Efficacy and cost Effectiveness of the Unified Protocol in a Blended Format for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Study Protocol for a Multicentre, Randomised, Superiority Controlled trial in the Spanish National Health System. *BMJ Open*, 11(12), Artículo e054286. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2021-054286>
- Osma, J., Martínez-Loredo, V., Quilez-Orden, A., Peris-Baquero, Ó., Ferreres-Galán, V., Prado-Abril, J., Torres-Alfosea, M. Á. y Rosellini, A. J. (2022). Multidimensional Emotional Disorders Inventory: Reliability and Validity in a Spanish Clinical

- Sample. *Journal of Affective Disorders*, 320, 65–73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.140>
- Osma, J., Martínez-Loredo, V., Quilez-Orden, A., Peris-Baquero, Ó. y Suso-Ribera, C. (2021). Validity Evidence of the Multidimensional Emotional Disorders Inventory among non-clinical Spanish University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), Artículo 8251. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168251>
- Osma, J., Peris-Baquero, Ó., Quilez-Orden, A., Suso-Ribera, C. y Crespo-Delgado, E. (2021). Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. En E. Fonseca (Ed.), *Manual de tratamientos psicológicos: adultos* (pp. 201–248). Pirámide.
- Osma, J., Peris-Baquero, O., Suso-Ribera, C., Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2021). Effectiveness of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Group Format in Spain: Results from a Randomized Controlled trial with 6-Months Follow-Up. *Psychotherapy Research*, 0(0), 1–14. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1939190>
- Rosellini, A. J. y Brown, T. A. (2014). Initial Interpretation and Evaluation of a Profile-Based Classification System for the Anxiety and Mood Disorders: Incremental Validity Compared to DSM-IV Categories. *Psychological Assessment*, 26(4), 1212–1224. <https://doi.org/10.1037/PAS0000023>
- Rosellini, A. J. y Brown, T. A. (2019). The Multidimensional Emotional Disorder Inventory (MEDI): Assessing transdiagnostic dimensions to Validate a Profile Approach to Emotional Disorder Classification. *Psychological Assessment*, 31(1), 59–72. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/pas0000649>
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, M. R. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica [Transdiagnostic: A New Frontier in Clinical Psychology]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 185–203. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>
- Sauer-Zavala, S., Fournier, J. C., Jarvi Steele, S., Woods, B. K., Wang, M., Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2020). Does the Unified Protocol Really Change Neuroticism? Results from a Randomized Trial. *Psychological Medicine*, 51(14), 2378–2387. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000975>
- Tung, E. S., Wang, M., Brown, T. A. y Rosellini, A. J. (2020). Transdiagnostic Assessment of Emotional Disorders. En M. M. Antony y D. H. Barlow (Eds.), *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders* (pp. 119-137). The Guilford Press.
- Vázquez, C., Sánchez, Á. y Romero, N. (2014). Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: el DSM-IV-TR/DSM-V y la CIE-10. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobles (Eds.), *Manual de Psicopatología y Trastornos psicológicos* (pp. 93-124). Pirámide.
- World Health Organization. (2018). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11^a rev.). Autor.

Apéndice. Cuestionario en castellano disponible en Osma et al. (2021)

Inventario Multidimensional de Trastornos Emocionales (MEDI) Anthony Rosellini (2013).
Traducido al castellano por Jorge Osma y Carlos Suso (2019)

Utiliza la escala de 0 a 8 que te mostramos a continuación para añadir, en la columna de la derecha, el número que mejor refleje el grado en el que las afirmaciones que se describen son características en ti.

0 1 2 3 4 5 6 7 8

No escaracterístico en mi	Algo característico en mi	Bastante característico en mi	Muy característico en mi	Totalmente característico en mi
---------------------------	---------------------------	-------------------------------	--------------------------	---------------------------------

- 1 Me molestan cosas sin importancia
- 2 Es fácil hacer que me ría
- 3 Estoy decepcionado conmigo mismo
- 4 He estado teniendo dificultades para respirar
- 5 Otras personas podrían considerar que algunos de mis pensamientos son extraños
- 6 Me asustan las sensaciones físicas inesperadas
- 7 Me siento incómodo relacionándome en actos sociales
- 8 No puedo dejar de pensar en cosas terribles que he vivido o visto
- 9 Hago frente a los pensamientos, sentimientos o imágenes desagradables tratando de distraerme
- 10 Siempre he sido una persona que se preocupa mucho
- 11 Me siento triste y desanimado/a
- 12 Me vienen a la mente pensamientos, imágenes o recuerdos desagradables contra mi voluntad
- 13 He sentido temblores o inestabilidad
- 14 Me siento incómodo en situaciones donde soy el centro de atención
- 15 Evito lugares o cosas que me puedan hacer sentir mal
- 16 Lo paso muy mal cuando tengo que hacer frente al estrés
- 17 Soy una persona optimista
- 18 He estado teniendo picos de miedo repentinos
- 19 Me preocupo por mi salud
- 20 Tengo sueños perturbadores sobre cosas terribles que me ocurrieron en el pasado
- 21 Me vienen a la mente pensamientos inadecuados o absurdos que me cuesta ignorar
- 22 Me siento ansioso/a cuando estoy con desconocidos
- 23 Llevo algunas cosas conmigo para protegerme de emociones o situaciones incómodas
- 24 Soy una persona alegre y feliz
- 25 He perdido el interés en actividades de las que antes disfrutaba
- 26 He sentido mareo, aturdimiento o desmayo
- 27 Haría casi cualquier cosa para deshacerme de las emociones desagradables
- 28 Estoy preocupado por enfermedades y dolencias
- 29 Vienen a mi mente, de manera inesperada, imágenes de acontecimientos traumáticos pasados
- 30 A menudo mis conductas están impulsadas por pensamientos o imágenes indeseadas
- 31 Si algo me genera malestar, intento con todas mis fuerzas no pensar en ello

- 32 Soy más nervioso/a y tenso/a que la media de las personas
33 Siempre estoy motivado/a para empezar nuevas tareas
34 Me niego a estar en contacto con objetos que me dan miedo
35 Soy de esas personas a quienes es fácil herir los sentimientos
36 Me siento bien al acabar una tarea
37 Siento que no tengo nada que me motive y me haga tirar hacia delante
38 Presto mucha atención a mi salud porque tengo miedo de enfermar
39 A veces siento como si estuviera reviviendo acontecimientos horribles de mi pasado
40 Tengo pensamientos o imágenes que considero inaceptables
41 Me siento nervioso/a cuando hablo con otras personas
42 Hago ciertas acciones de manera rutinaria para hacer frente a situaciones o emociones desagradable
43 He estado pensando que no merece la pena vivir
44 A veces, mi corazón se acelera y palpita fuertemente a pesar de no estar haciendo ejercicio
45 Creo que podría tener una enfermedad que no ha sido diagnosticada
46 Aunque sé que no son realistas, tengo pensamientos sobre perder el control de mis actos
47 Me siento nervioso/a en situaciones sociales
48 Me disgusto o enfado cuando recuerdo las cosas horribles que he vivido o visto
49 Mis miedos no me permiten realizar algunas tareas del día a día

Dimensiones y pautas de corrección:

- Temperamento Neurótico (TN): Ítems 1 + 10 + 16 + 32 + 35
- Temperamento Positivo (TP): Ítems 2 + 17 + 24 + 33 + 36
- Estado de Ánimo Deprimido (D): Ítems 3 + 11 + 25 + 37 + 43
- Activación Autónoma (AA): Ítems 4 + 13 + 18 + 26 + 44
- Intrusiones Cognitivas (IC): Ítems 5 + 12 + 21 + 30 + 40 + 46
- Ansiedad Somática (ASOM): Ítems 6 + 19 + 28 + 38 + 45
- Ansiedad Social (ASOC): Ítems 7 + 14 + 22 + 41 + 47
- Reexperimentación Traumática (TRA): Ítems 8 + 20 + 29 + 39 + 48
- Evitación (EV): Ítems 9 + 15 + 23 + 27 + 31 + 34 + 42 + 49