

VARIABLES RELACIONADAS CON EL ABANDONO TERAPÉUTICO EN UNA ADAPTACIÓN GRUPAL DEL PROTOCOLO UNIFICADO PARA EL TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES. UN ESTUDIO PRELIMINAR

VARIABLES RELATED TO THERAPEUTIC DROPOUT IN A GROUP ADAPTATION OF THE UNIFIED PROTOCOL FOR THE TRANSDIAGNOSTIC TREATMENT OF EMOTIONAL DISORDERS. A PRELIMINAR STUDY

ANTONIO AYUSO BARTOL¹, ALEJANDRA REBECA MELERO VENTOLA¹, AITOR VICENTE ARRUEBARRENA¹, MARINA WÖBBEKING SÁNCHEZ¹, LAURA JIMÉNEZ GÓMEZ¹ Y M^a ÁNGELES GÓMEZ MARTÍNEZ¹

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Ayuso Bartol, A., Melero Ventola, A. R., Arruebarrena, A. V., Wöbbeking Sánchez, M., Jiménez Gómez, L. y Gómez Martínez, M. A. (2022). Variables relacionadas con el abandono terapéutico en una adaptación grupal del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Un estudio preliminar [Variables Related to Therapeutic Dropout in a Group Adaptation of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. A Preliminar Study]. *Acción Psicológica*, 19(2), 33–44. <https://doi.org/10.5944/ap.19.2.37000>

Resumen

Debido al elevado número de personas que solicitan ayuda psicológica y a la escasez de recursos profesionales de los

que disponen muchos servicios, se hace necesario fomentar la puesta en marcha de modalidades terapéuticas que optimicen dichos recursos; una alternativa prometedora es la adaptación grupal del protocolo unificado de Barlow para el abordaje de los trastornos emocionales (Barlow et al., 2018). No obstante, se precisa

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: M^a Ángeles Gómez Martínez, Universidad Pontificia de Salamanca, España.

Email: magomezma@upsa.es

ORCID: Antonio Ayuso Barto (<https://orcid.org/0000-0001-7710-9440>), Alejandra Rebeca Melero Ventola (<https://orcid.org/0000-0001-5140-4492>), Aitor Vicente Arruebarrena (<https://orcid.org/0000-0003-1297-805X>), Marina Wöbbeking Sánchez (<https://orcid.org/0000-0002-6657-3210>), Laura Jimenez Gómez (<https://orcid.org/0000-0001-9465-2875>) y M^a Ángeles Gómez Martínez (<https://orcid.org/0000-0003-0095-2194>).

¹ Universidad Pontificia de Salamanca, España.

Recibido: 1 de octubre de 2022.

Aceptado: 2 de noviembre de 2022.

identificar qué pacientes pueden beneficiarse con más probabilidades de éxito de este protocolo grupal y qué variables caracterizan a los pacientes con mayor riesgo de abandono en este tipo de intervención. El presente estudio se ha realizado sobre una muestra total de 54 personas que iniciaron una adaptación grupal de dicho protocolo, en el Servicio de Asistencia Psicológica de la Universidad Pontificia de Salamanca. Se ha comparado un grupo de pacientes que completan el tratamiento ($n = 37$) con un grupo que abandona en algún momento el mismo ($n = 17$). Se tomaron medidas de ansiedad, depresión, variables de personalidad, calidad de vida, interferencia y autocompasión. Los resultados indican la presencia de diferencias estadísticamente significativas en los síntomas de ansiedad y en el nivel de interferencia del problema en la vida diaria siendo éstos más severos en el grupo que abandona el tratamiento; los pacientes que completan el tratamiento puntúan significativamente más alto en la variable humanidad compartida, implicada en los procesos de empatía y pertenencia al grupo; asimismo, se observan diferencias en el límite de la significación estadística, en las variables depresión y calidad de vida, siendo los pacientes del grupo que abandona el tratamiento, los que obtienen puntuaciones más elevadas en depresión y más bajas en calidad de vida. Estos resultados preliminares señalan algunas características para identificar, en la evaluación inicial, a los posibles beneficiarios de este formato y optimizar las alternativas terapéuticas ofrecidas.

Palabras clave: Protocolo unificado; abandono terapéutico; ansiedad; depresión; calidad de vida; autocompasión.

Abstract

Due to the high number of people requesting psychological help and the scarcity of professional resources available to many psychological assistance services, it is necessary to promote the implementation of therapeutic modalities that optimize these resources; a promising alternative is the group adaptation of Barlow's unified protocol (Barlow et al., 2018). However, it is necessary to identify the patients who can most likely benefit from this group protocol, and which are the variables that characterize those

with a higher risk of abandoning this type of intervention. This study was carried out on a total sample of 54 people who initiated a group adaptation of Barlow's Unified Protocol, in the Psychological Assistance Service of the Pontifical University of Salamanca. A group of patients who completed the treatment ($n = 37$) was compared with a group who abandoned it at some point ($n = 17$). Measures of anxiety, depression, personality variables, quality of life, interference and self-compassion were taken. The results indicate the presence of statistically significant differences in anxiety symptoms and the level of interference of the problem in daily life, these being more severe in the group that abandoned treatment; patients who complete the treatment, score significantly higher in the shared humanity variable, involved in the processes of empathy and belonging to the group; likewise, differences are observed, at the limit of statistical significance, in the depression and quality of life variables, with the patients in the group that abandoned treatment obtaining the highest scores in depression and the lowest in quality of life. These preliminary results show some characteristics that can be used to identify, in an initial assessment, the possible beneficiaries of this format and optimize the therapeutic alternatives offered.

Keywords: Unified protocol; therapeutic drop out; anxiety; depression; quality of life; self-compassion.

Introducción

El Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU) es una intervención cognitivo-conductual dirigida al tratamiento de trastornos de ansiedad, depresión y sus derivados. Se centra en la intervención sobre los mecanismos comunes subyacentes a los trastornos emocionales, entrenando al paciente en la adquisición de estrategias de regulación emocional (Barlow et al., 2011; Barlow et al., 2018).

Este enfoque transdiagnóstico, más versátil y flexible, permite optimizar el coste asociado a la aplicación de tratamientos validados empíricamente para los trastornos específicos. Está compuesto por 8 módulos que incluyen: (1) planificación de objetivos terapéuticos, (2) estrategias mo-

tivaciones para el cambio, (3) psicoeducación, (4) conciencia emocional plena, (5) flexibilidad cognitiva, (6) oposición a las conductas emocionales y establecimiento de conductas alternativas, (7) exposición emocional, y (8) prevención de recaídas. El formato modular permite más flexibilidad para su adaptación a las características individuales del paciente. En la actualidad existe evidencia empírica que justifica su aplicación tanto en formato individual como grupal (Carlucci et al., 2021; Osma et al., 2021).

Por otra parte, diversos estudios señalan cómo los estudiantes universitarios informan de niveles de ansiedad y depresión más elevados que la población general (Fernández-Rodríguez et al., 2019), lo que favorece que los servicios de asistencia psicológica de las universidades se vean colapsados. Los motivos de consulta más frecuentes tienen que ver con dificultades académicas, síntomas de ansiedad y depresión, seguido de miedo a hablar en público y la promoción de hábitos de sueño y alimentación. En este sentido, la utilización de protocolos en formato grupal permite optimizar los recursos y atender a un mayor número de pacientes reduciendo listas de espera, siendo, por tanto, este formato una alternativa más eficaz y eficiente que el formato individual.

Se han descrito algunos de los factores terapéuticos que favorecen la adhesión al grupo, entre ellos aparecen la esperanza compartida, la universalidad, el altruismo, la cohesión, el desarrollo de habilidades y el apoyo social (Yalom y Leszcz, 2020).

En relación con el riesgo de abandono, en un estudio aleatorizado controlado de 179 pacientes (Bentley et al., 2021), se observó como la tasa de abandono era mayor en la condición de tratamiento cognitivo conductual para síntomas de ansiedad, que en la condición de tratamiento

aplicando el PU; los autores no encontraron diferencias significativas en la severidad y tipo de sintomatología entre los que completaron y abandonaron el tratamiento. Si bien se han encontrado algunos estudios que identifican variables moderadoras de la tasa de abandono en el formato individual del PU (Oliveira et al., 2021), se hace necesario el estudio de dichas variables en la aplicación del formato grupal del PU.

Algunos autores como Hall et al. (2018) y Barnett et al. (2021) destacan que las tasas de abandono en los servicios de asistencia psicológica de las universidades son significativamente mayores que en otros servicios de salud mental, alcanzando en algunos casos cifras superiores al 60 % (Fernández-Rodríguez et al., 2019). Por ello, sería importante identificar qué pacientes pueden beneficiarse, con más probabilidades de éxito, de un protocolo grupal y qué variables caracterizan a los pacientes con mayor riesgo de abandono en este tipo de intervención. En esta línea, el presente estudio pretende comparar una muestra de pacientes que completan una adaptación grupal del PU con un grupo de pacientes que abandona dicho tratamiento, con el objetivo de identificar variables relacionadas con la adherencia terapéutica.

Método

Participantes

La muestra está compuesta por 54 personas (38 mujeres y 16 varones) que iniciaron tratamiento grupal con una adaptación del protocolo unificado, en el servicio de Asistencia Psicológica de la Universidad Pontificia de Salamanca. La media de edad es de 24.41 años (SD = 9.85). De ellos 37 (26 mujeres y 11 hombres) completaron el tratamiento y 17 (12 mujeres y 5 hombres) abandonaron

Tabla 1.

Descripción de la muestra

	N	Media	Edad Desv Típ	Mediana	Sexo	
					Hombres	Mujeres
Completan	37	24.00	10.515	21.00	11	26
Abandonan	17	25.29	8.469	23.00	5	12
Total	54	24.41	9.855	21.00	16	38

en algún momento dicha intervención. En la Tabla 1 aparecen los estadísticos descriptivos de la muestra total, los que completan y los que abandonan el tratamiento.

Instrumentos

En la evaluación pretratamiento se utilizaron los instrumentos que aparecen descritos a continuación:

Cuestionario Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995)

Consta de 21 ítems en los que el sujeto evalúa la presencia en los últimos siete días de sintomatología emocional negativa. Este cuestionario está compuesto por tres escalas, de siete ítems cada una, que miden depresión, ansiedad y estrés. La escala de depresión evalúa disforia, desesperanza, devaluación de la vida, autodesprecio, falta de interés, anhedonia e inercia. La escala de ansiedad evalúa activación autonómica, efectos musculoesqueléticos de la activación, ansiedad situacional y experiencia subjetiva de la ansiedad. La escala de estrés evalúa la dificultad para relajarse, excitación nerviosa, facilidad para estar molesto/agitado, irritabilidad/ sobre-reactividad e impaciencia.

En cuanto a los valores psicométricos del instrumento, la fiabilidad es adecuada. La subescala de depresión presenta un alfa de Cronbach de 0.85, la subescala de estrés un alfa de Cronbach de 0.83, la subescala de ansiedad un alfa de Cronbach de 0.73 y el conjunto de las tres escalas un alfa de Cronbach 0.91 (Antúnez y Vinet, 2012).

Inventario de personalidad NEO-FII (Costa y McCrae, 1992; adaptación de Sanz et al., 1999)

Evalúa estilos de la personalidad basándose en el modelo de los cinco grandes o cinco factores. Cuenta con cinco escalas de 12 ítems cada una que miden los siguientes factores de personalidad: neuroticismo (tendencia a experimentar emociones negativas y pensamientos irracionales, así como la capacidad para controlar impulsos y situaciones de estrés); extraversión

(estilo de personalidad que aglutina la cantidad e intensidad de las interacciones interpersonales, nivel de actividad, necesidad de estimulación y capacidad para la alegría); apertura a la experiencia (amplitud, profundidad y permeabilidad de la conciencia, y la motivación por ampliar y examinar la experiencia); amabilidad (calidad de las interacciones que una persona prefiere en un continuo que va desde la compasión al antagonismo) y por último, responsabilidad (hace referencia al grado de organización, persistencia, control y motivación en la conducta dirigida a metas). Esta adaptación comparte un 78.3 % de los ítems de la versión original y presenta los siguientes valores psicométricos de consistencia interna: neuroticismo $\alpha = .82$; extraversión $\alpha = .78$; cordialidad $\alpha = .68$; apertura a la experiencia $\alpha = 0.75$; responsabilidad $\alpha = .83$.

Escala de Interferencia (EI; basada en Echeburúa et al., 2000)

Basada en la Escala de Inadaptación creada por Echeburúa et al. (2000) evalúa el grado de interferencia producido por los problemas psicológicos del individuo en su vida en general y en diferentes áreas específicas de la vida diaria: trabajo/estudios, amistades, relación de pareja, vida familiar, manejo de la casa, tiempo libre pasado con otros, tiempo libre pasado solo, economía y salud. El instrumento consta de 10 ítems puntuables de 0 hasta 8, donde 0 es “nada”, 2 es “poco”, 4 es “moderadamente”, 6 es “mucho” y 8 es “muchísimo”.

Índice de Multicultural de Calidad de Vida (MQLI; Mezzich et al., 2000)

Es un instrumento que evalúa de forma breve y sencilla la calidad de vida subjetiva mediante 10 dimensiones: bienestar físico, bienestar psicológico/emocional, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo social-emocional, apoyo comunitario y de servicios, plenitud personal, plenitud espiritual y percepción global de la calidad de vida. Está compuesto por 10 ítems que son valorados de 1 a 10, siendo 1 “malo” y 10 “excelente”. La consistencia interna de este instrumento es elevada con un valor del alfa Cronbach de 0.92 (Mezzich et al., 2011).

Tabla 2.

Estadísticos descriptivos

	Muestra total (n= 54)			Grupo completa (n = 37)			Grupo abandono (n = 17)		
	Media	DT	Mediana	Media	DT	Mediana	Media	DT	Mediana
Depresión	8.63	5.53	8.00	7.59	5.21	6.00	10.88	5.70	11.00
Ansiedad	9.56	5.03	9.50	8.35	4.73	8.00	12.18	4.78	13.00
Estrés	12.54	4.07	13.00	12.05	4.28	12.00	13.59	3.44	13.00
D+A+E	30.72	12.06	30.00	28.00	12.21	28.00	36.65	9.57	36.00
Neuroticismo	32.69	6.81	31.00	32.08	6.85	31.00	34.00	6.72	31.00
Extraversión	27.39	8.00	26.50	27.62	8.62	27.00	26.88	6.67	26.00
Apertura	30.94	8.24	31.00	30.97	8.89	31.00	30.88	6.85	31.00
Cordialidad	29.48	8.08	31.00	30.68	8.25	32.00	26.88	7.25	28.00
Responsabilidad	27.80	10.60	28.00	28.68	10.21	29.00	25.88	11.48	24.00
Calidad de vida	5.37	1.62	5.95	6.25	1.50	6.30	5.23	1.71	5.10
Interferencia	3.89	1.46	3.72	3.56	1.35	3.44	4.60	1.47	4.56
Autoamabilidad	2.23	0.75	2.20	2.33	0.79	2.40	2.02	0.64	2.00
Autojuicio	3.75	0.69	3.80	3.76	0.75	3.80	3.73	0.58	3.80
Humanidad	2.59	0.71	2.50	2.88	0.64	2.75	1.98	0.43	2.00
Aislamiento	3.62	0.79	3.50	3.52	0.84	3.25	3.82	0.65	3.75
Mindfulness	2.55	0.69	2.50	2.65	0.70	2.50	2.34	0.63	2.50
Sobreidentificación	3.93	0.74	4.00	3.87	0.76	4.00	4.04	0.69	4.12

Nota: DT: Desviación Típica

Escala de autocompasión (SCS; Neff, 2003) adaptación española (García-Campayo et al., 2014)

Esta escala de 26 ítems evalúa el grado de compasión de un sujeto hacia sí mismo mediante seis subescalas: la capacidad de un sujeto para tratarse con amabilidad (auto-amabilidad) y, su opuesto, la tendencia a la autocrítica (autojuicio). El segundo componente evalúa la capacidad del individuo a reconocer lo que tiene en común con otros seres humanos (humanidad común) y su opuesto, la tendencia al sentimiento de aislamiento (aislamiento). El tercer componente mide la disposición de las personas a experimentar el momento presente aceptando las propias emociones (atención plena) y, su opuesto, la tendencia del sujeto a sobre identificarse con sus emociones, tratando de modificarlas (sobreidentificación). La adaptación española de García-Campayo et al. (2014) cuenta con los siguientes valores en la consistencia interna: subescala de autoamabilidad $\alpha = 0.79$; subescala de autojuicio $\alpha = .76$; subescala de humanidad común $\alpha = .72$; subescala de aislamiento $\alpha = .77$; subescala de atención plena $\alpha = .73$; subescala de sobreidentificación $\alpha = .76$ y la puntuación general de la autocompasión $\alpha = .87$.

Procedimiento

La muestra total (N = 54) de los pacientes evaluados antes del tratamiento se dividió en dos grupos: los que completaron el tratamiento (grupo completa = 37) y los que abandonaron en algún momento la intervención (grupo abandona = 17). El tratamiento consistió en nueve sesiones presenciales de intervención grupal. Se analizaron las diferencias entre ambos grupos con el objetivo de identificar qué variables de las evaluadas diferenciaban a los pacientes que abandonan.

Análisis de datos

Teniendo en cuenta el reducido tamaño de la muestra se optó por realizar los análisis estadísticos utilizando la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney para muestras independientes. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el SPSS versión (19.0).

Tabla 3

Resumen y estructura de las sesiones del protocolo transdiagnóstico de Barlow aplicado en la investigación (Barlow, 2011)

Sesión	Guión	Sesión	Guión
1	Presentación grupal Evaluación pretratamiento Evaluación inter sesiones OASIS/ODSIS Definición de objetivos Mindfulness: El "piloto automático" Práctica informal de mindfulness "Comer atentamente" Psicoeducación del modelo A-B-C	6	Evaluación inter sesiones OASIS/ODSIS Revisión de tareas de la semana Psicoeducación de conductas conducidas por la emoción (CCE) y conductas alternativas Identificar Conductas Conducidas por la emoción (CCE) Explicar jerarquía de exposición
2	Evaluación inter sesiones OASIS/ODSIS Revisión de tareas de la semana Psicoeducación emocional (ansiedad, tristeza, ira...) Práctica formal de mindfulness "Respiración atenta"	7	Evaluación inter sesiones OASIS/ODSIS Revisión de tareas de la semana Psicoeducación: ¿Qué es la exposición?
3	Evaluación inter sesiones OASIS/ODSIS Revisión de tareas de la semana Psicoeducación ¿qué son los pensamientos automáticos? Psicoeducación de criterios de racionalidad Práctica Formal de mindfulness "Escucha atenta."	8	Evaluación inter sesiones OASIS/ODSIS Revisión de tareas de la semana Resolver dificultades de exposición Continuar con exposición
4	Evaluación inter sesiones OASIS/ODSIS Revisión de tareas de la semana Psicoeducación e identificación de distorsiones cognitivas Modificar pensamientos sesgados y búsqueda de pensamientos alternativos Práctica formal de mindfulness (repetir alguna de las anteriores)	9	Evaluación inter sesiones OASIS/ODSIS Revisión de tareas de la semana Resolver dificultades de exposición Continuar con exposición Evaluación Post-tratamiento
5	Evaluación inter sesiones OASIS/ODSIS Revisión de tareas de la semana Modificar pensamientos sesgados y búsqueda de pensamientos alternativos Práctica formal de mindfulness "La caminata consciente"		

Resultados

En la Tabla 2 aparecen los estadísticos descriptivos de la muestra total y de cada uno de los grupos en las variables estudiadas. De los 54 pacientes evaluados en el pretratamiento, el 68.51 % completó el tratamiento en grupo, mientras que el 31.48 % abandonó en algún momento del tratamiento. A continuación, se detalla el momento en el

que se producen dichos abandonos: uno en la sesión 1 (5.88 %), tres en la sesión 2 (17.65 %); cuatro en la sesión 3 (23.53 %); cuatro en la sesión 4 (23.53 %) y cinco en la sesión 5 (29.42 %). El 76.48 % de los abandonos se producen durante las sesiones en las que se aborda la identificación y modificación de ideas distorsionadas. En la Tabla 3 puede consultarse una descripción de los objetivos y tareas de cada sesión.

Tras comparar las variables psicológicas emocionales del grupo de pacientes que completa el tratamiento con el grupo de pacientes que abandona, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las siguientes variables: depresión, ansiedad y en el sumatorio de depresión, ansiedad y estrés (D+A+E). Tal y como puede observarse en la Tabla 4, el grupo de pacientes que abandona el tratamiento mostró niveles pre-tratamiento más elevados de depresión ($Z = -1.960$, $p = .05$), ansiedad ($Z = -2.643$; $p = .008$) y el sumatorio D+A+E ($Z = -2.601$; $p = .009$). No se encontraron diferencias significativas en la variable estrés entre ambos grupos, ni en las variables relacionadas con los estilos de personalidad de neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, cordialidad y responsabilidad.

En relación con el Índice Multicultural Calidad de Vida, el grupo de pacientes que abandona el tratamiento mostró un menor nivel de calidad de vida que el grupo que completa el tratamiento ($Z = -1.957$; $p = .05$); de igual modo, el grupo que abandona indicó una mayor interferencia del problema en su vida cotidiana ($Z = -2.357$; $p = .018$; ver Tabla 4).

Tabla 4.

Comparación de ambos grupos mediante la prueba de Mann-Whitney para muestras independientes

	Comparación completan vs. abandonan		
	U de M-W	Z	p-valor
Depresión	209.500	-1.960	.050*
Ansiedad	173.000	-2.643	.008*
Estrés	253.500	-1.141	.254
D+A+E	175.000	-2.601	.009*
Neuroticismo	272.500	-0.784	.433
Extraversión	280.500	-0.634	.526
Apertura	308.500	-0.112	.911
Cordialidad	214.500	-1.865	.062
Responsabilidad	269.500	-0.839	.402
Calidad de vida	209.500	-1.957	.050*
Interferencia	188.000	-2.357	.018*
Autoamabilidad	207.000	-1.221	.222
Autojuicio	261.500	-0.054	.957
Humanidad	54.500	-4.500	.000*
Aislamiento	209.500	-1.169	.243
Mindfulness	201.500	-1.341	.180
Sobreidentificación	229.000	-0.751	.453

En referencia a las variables psicológicas de autocompasión, se detectaron diferencias significativas en la variable humanidad compartida; de tal modo, que el grupo de pacientes que abandona la intervención obtuvo puntuaciones significativamente menores en esta variable ($Z = -4.500$; $p = .000$). No se hallaron diferencias significativas en el resto de las variables

Discusión

El abandono terapéutico es uno de los principales obstáculos a la hora de ofrecer asistencia psicológica de calidad en servicios con una alta demanda de pacientes, como las clínicas universitarias, en las que el abandono es especialmente mayor (Oliveira et al., 2021). Por ello, el objetivo del presente estudio fue conocer las variables relacionadas con el abandono terapéutico entre la población universitaria que asiste a una terapia de grupo basada en el PU, en el Servicio de Asistencia Psicológica Sanitaria de la Universidad Pontificia de Salamanca.

Los resultados muestran que la tasa de abandono fue similar a la de investigaciones previas en las que se aplicó un protocolo de terapia cognitivo-conductual en grupo (Marker et al., 2019; Norton et al., 2012) o terapias de baja intensidad (de psicoeducación o de auto-ayuda guiada) (Delgadillo et al., 2014), y menor que en la aplicación del PU en modalidad online (Isbăşoiu et al., 2021) o individual (Oliveira et al., 2021). Aunque, hasta ahora, la aceptación del Protocolo Unificado de Barlow ha sido buena y las tasas de abandono relativamente estables y bajas (González-Robles et al., 2019) es vital seguir identificando qué elementos pueden favorecer una mayor adherencia al tratamiento.

En este sentido, este estudio aporta nuevos datos sobre cuestiones que hasta el momento habían encontrado resultados contradictorios. Las diferencias significativas halladas en los niveles de ansiedad, calidad de vida e interferencia del problema en la vida cotidiana, y en el límite de la significatividad en depresión previas al tratamiento, apoyan los resultados obtenidos en estudios como el de Krishnamurthy et al. (2015), en el que concluyeron que niveles de ansiedad mayores se relacionaban con mayor probabilidad de abandono. En esta misma línea, Marker et

al. (2019) observaron que un mayor nivel de ansiedad predecía un menor compromiso terapéutico y una mayor ambivalencia hacia el tratamiento. Estas variables, a su vez, predicen tanto la mejoría en ansiedad y depresión, como la probabilidad de abandono en los tratamientos cognitivo-conductuales en grupo (Conklin et al., 2021). Por el contrario, existen datos que indican que al comparar la trayectoria de los síntomas en los tratamientos cognitivo-conductuales transdiagnósticos y de diagnóstico específico, no hubo diferencias significativas en los síntomas de ansiedad entre quienes abandonan y quienes completan el tratamiento (Bentley et al. 2021). De esta manera, los resultados parecen apoyar la hipótesis de que unos niveles de ansiedad y depresión iniciales más elevados aumentan el riesgo de abandono durante el tratamiento.

Para poder desarrollar estrategias que disminuyan el abandono terapéutico de personas con altos niveles de ansiedad y depresión, además de tener en cuenta la sintomatología del paciente, es de especial relevancia la relación que esta tiene con el programa de tratamiento. Por ello un análisis del contenido de las sesiones de tratamiento en las que se producen más interrupciones puede aportar conclusiones interesantes.

Han sido pocas las investigaciones encontradas que han indagado estas cuestiones: una de ellas es la de Delgado et al. (2014) que concluye que las tasas más altas de abandono no se observan hasta la sesión 4, lo que implica que las sesiones 1-3 suponen un periodo crucial para potenciar el compromiso con el tratamiento. Esto concuerda con los datos obtenidos en esta investigación, y puede ser debido a varios factores.

Por una parte, es significativo señalar que en el presente estudio, las personas que abandonaron el tratamiento mostraron una mejora significativamente más baja en esas primeras sesiones (utilizando las escalas propuestas en el protocolo de ansiedad (OASIS), y depresión (ODSIS) validadas al castellano por Osma et al. 2019) que quienes continuaron con la terapia, poniendo en el foco la importancia de los cambios tempranos (early changes) (Delgado et al., 2014); esto es especialmente relevante dados los resultados obtenidos en la variable humanidad compartida a los cuales se hará referencia más adelante. Aunque la evidencia muestra una tendencia relativamente clara, es

importante tener en cuenta que Delgado et al. (2014) analizaron intervenciones de baja intensidad diferentes a la planteada en este estudio, por lo que la generalización de estos resultados debe ser tomada con cautela.

Por otra parte, también existe evidencia de que una rápida mejora en las sesiones iniciales aumenta la probabilidad de abandono terapéutico. Tras la aplicación de un protocolo transdiagnóstico de intervención cognitivo conductual y el análisis pormenorizado de los abandonos sesión por sesión, Krishnamurthy et al. (2015) concluyeron que una mejora más rápida durante las primeras sesiones de intervención se relacionaba con una mayor probabilidad de que los pacientes interrumpieran la intervención. Esto se observaba de manera más clara entre aquellas personas con niveles de ansiedad más bajos, concluyendo que una vez alcanzado su objetivo de reducción de síntomas, no continuaban con las tareas y el esfuerzo que requería la intervención. En el presente estudio los resultados no permitían realizar un análisis estadístico riguroso sobre la significatividad de las diferencias entre quienes abandonaban, no obstante, se observaron tendencias interesantes: las puntuaciones en ansiedad y depresión de quienes abandonaron durante las dos primeras sesiones del protocolo no indican, salvo dos excepciones, mejorías en la sintomatología. No obstante, a partir de la sesión 3 hubo una reducción notoria en las puntuaciones de ansiedad y depresión de quienes mejoraron. Dentro de esta disminución también se observa un patrón que indica que la mejoría fue mayor para quienes presentaban niveles más elevados de ansiedad y depresión. Estas conclusiones apoyan la afirmación de Krishnamurthy et al. (2015) y abren una nueva vía para indagar qué otras características están relacionadas con el abandono prematuro una vez se ha experimentado una mejoría en los síntomas de ansiedad y depresión. Por último, es necesario mencionar que 2 de las personas que abandonaron las sesiones sufrieron un empeoramiento de sus niveles de ansiedad y depresión. Los motivos de este aumento del malestar también abren una vía que sería de vital importancia explorar en un futuro.

Analizando el contenido de las sesiones en relación con el número de abandonos, las evidencias de ambos estudios divergen considerablemente: en la aplicación del PU adaptado, un 76,48% de los abandonos se produjo durante las sesiones en las que se trabajaba la identificación

y modificación de ideas distorsionadas, mientras que en la aplicación del programa de Norton (Krishnamurthy et al., 2015) el 70.83 % de los abandonos fueron durante las sesiones de exposición. Aunque esta información pueda resultar confusa, nos permite concluir que en aquellos momentos en los que las personas deben exponerse tanto a situaciones como a pensamientos desagradables, es cuando deciden abandonar, lo que parece concordar con la evitación experiencial. “Una vez superadas las sesiones” tanto de exposición en un caso, como de reestructuración cognitiva en el otro, las tasas de abandono son prácticamente inexistentes.

En lo que respecta a la relación entre la variable humanidad compartida y abandono terapéutico mencionado anteriormente, en el presente estudio se ha encontrado que el grupo de pacientes que abandonaron la intervención presentaba menores niveles de humanidad compartida en la evaluación pre-tratamiento, que los pacientes que no abandonaron el tratamiento.

La humanidad compartida es uno de los tres componentes de la autocompasión, según la conceptualización realizada por Neff y Germer (2017), entendida como la capacidad para reconocer que el sufrimiento, el dolor y las imperfecciones forman parte de la condición humana. Asimismo, las personas con mayor humanidad compartida tienen mayor consciencia de que no están solas en su sufrimiento y poseen mayores sentimientos de conexión social (Germer y Neff, 2013; Neff et al., 2007; Neff, 2003; Neff y Germer, 2018). Por el contrario, cuando las personas experimentan el sufrimiento como algo que únicamente les sucede a ellos, aparecen emociones como la vergüenza, que disminuye el nivel de conexión social (Jiménez, 2020).

Teniendo en cuenta lo anterior, el hecho de que los pacientes que abandonaron el PU tuvieran un nivel de humanidad compartida menor que los que continuaron con el tratamiento, no es un resultado inesperado, al contrario, es coherente con la literatura revisada; ya que, al presentar menor humanidad compartida inicialmente, esto pudo favorecer que se sintieran más aislados en su sufrimiento, mostrando menos empatía hacia el sufrimiento y los problemas de los demás. Ello pudo favorecer la percepción de una menor conexión social y como consecuencia llevarlos

al abandono del tratamiento, ya que como afirman Neff y Germer (2017), muchas personas solamente se centran en los aspectos negativos de aquello que les ocurre, haciéndoles sentir solos y aislados, haciendo que el sufrimiento se incremente, olvidando que el fracaso y la imperfección son aspectos humanos. En la misma línea, los pacientes que presenten una elevada humanidad compartida pueden beneficiarse más de un formato de tratamiento grupal, ya que éste les permite sentirse identificados y motivados con el grupo.

Conclusiones

En la línea con investigaciones anteriores, la tasa de abandono de la adaptación grupal del PU utilizada en este estudio es menor que en las modalidades online e individual. Por otra parte, los pacientes que abandonan el tratamiento tienen niveles previos de ansiedad más elevados, peor calidad de vida y mayor interferencia del problema en su vida cotidiana, además de unos niveles de depresión probablemente más elevados. En tercer lugar, la mayor parte de los abandonos se produce en las sesiones en las que los pacientes han de exponerse tanto a situaciones, como a pensamientos desagradables. Los pacientes que abandonan presentan un nivel de humanidad compartida menor, lo que explicaría que muestren menos empatía hacia el sufrimiento y los problemas de los demás, y no se sientan parte del grupo terapéutico; por ello, evaluar esta variable antes del tratamiento puede ser de ayuda para identificar qué modalidad terapéutica puede ser más viable para un determinado paciente.

Limitaciones y líneas futuras

Una de las principales limitaciones de este estudio es la relativa al reducido tamaño de la muestra utilizada; sería de utilidad comprobar si los resultados son similares en estudios con tamaños muestrales más amplios. Sería interesante evaluar la influencia de variables relacionadas con el terapeuta, o con la temporalidad del tratamiento, si coinciden exámenes o fechas que puedan influir en el abandono. En este sentido, en la planificación temporal de las intervenciones se tuvo en cuenta el calendario lectivo para que las vacaciones no coincidiesen con un tratamiento ya iniciado. De igual manera, sería de utilidad in-

cluir en la evaluación alguna escala de satisfacción de los participantes y algún ítem relacionado con las causas del abandono terapéutico una vez que este se ha producido, si bien es frecuente que el paciente una vez que abandona el tratamiento deja de responder y tener contacto con el servicio terapéutico. Seguir explorando variables relacionadas con el abandono terapéutico permitirá optimizar recursos y potenciar la eficacia y efectividad terapéutica.

Referencias

- Antúñez, Z. y Vinet, E. V. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS- 21): Validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios Chilenos [Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Validation of the abbreviated version in Chilean university students]. *Terapia Psicológica*, 30(3), 49–55. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B. y Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide* (1ª ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199772667.001.0001>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray Latin, H., Ellard, K.K., Bullis, J.R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T. y Cassiello-Robbins, C. (2018). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide* (2ª ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780190685973.001.0001>
- Bentley, K. H., Cohen, Z. D., Kim, T., Bullis, J.R., Nauphal, M., Cassiello-Robbins, C., Sauer-Zavala, S., Sbi, S., Gallagher, M. W., Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2021). The Nature, Timing, and Symptom Trajectories of Dropout from Transdiagnostic and Single-Diagnosis Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders. *Behavior Therapy*, 52(6), 1364–1376. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.03.007>
- Barnett, P., Arundell, L.L., Saunders, R., Matthews, H. y Pilling, S. (2021). The Efficacy of Psychological Interventions for the Prevention and Treatment of Mental Health Disorders in University Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Affective Disorders*, 280, 381–406. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.060>
- 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>
- Conklin, L. R., Curreri, A. J., Farchione, T. J., y Barlow, D. H. (2021). Homework Compliance and Quality in Cognitive Behavioral Therapies for Anxiety Disorders and Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavior Therapy*, 52(4), 1008–1018. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.01.001>
- Costa, P. T. y MacCrae, R. R. (1992). *Revised NEO personality inventory (NEO PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO FFI): Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Delgado, J., McMillan, D., Lucock, M., Leach, C., Ali, S., y Gilbody, S. (2014). Early Changes, Attrition, and Dose-Response in Low Intensity Psychological Interventions. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 114–130. <https://doi.org/10.1111/bjc.12031>
- Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica [Contributions and Limitations of DSM-5 from Clinical Psychology]. *Terapia Psicológica*, 32(1), 65–74. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>

- Fernández-Rodríguez, C., Soto-López, T. y Cuesta, M. (2019). Needs and Demands for Psychological Care in University Students. *Psicothema*, 31(4), 414–421. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.78>
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L. y Demarzo, M. M. (2014). Validation of the Spanish Versions of the long (26 items) and Short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, Artículo 4. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>
- Germer, C. K. y Neff, K. D. (2013). Self-Compassion in Clinical Practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 856–867. <https://doi.org/10.1002/jclp.22021>
- González-Robles, A., García-Palacios, A., Baños, R., Quero, S. y Botella, C. (2019). Upregulating Positive Affectivity in the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Randomized Pilot Study. *Behavior Modification*, 43(1), 26–55. <https://doi.org/10.1177/0145445517735631>
- Hall, S. B., Brown, N. W. y Humphries, J. R. (2018). Premature Termination from Outpatient Psychotherapy in a University-Based Counseling Center. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 9(1), 28–41. <https://doi.org/10.1080/21501378.2017.1302786>
- Isbășoiu, A. B., Tulbure, B. T., Rusu, A. y Sava, F. A. (2021). Can We Boost Treatment Adherence to an Online Transdiagnostic Intervention by Adding Self-Enhancement Strategies? Results From a Randomized Controlled Non-inferiority Trial. *Frontiers in psychology*, 12, 752249. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.752249>
- Jiménez Gómez, L. (2020). *Eficacia de programas de entrenamiento en mindfulness (MBSR) y autocompasión (MSC) en una muestra de psicólogos generales sanitarios en formación* [Tesis de doctorado, Universidad Pontificia de Salamanca]. <https://summa.upsa.es/viewer.vm?id=133032>
- Krishnamurthy, P., Khare, A., Klenck, S. C. y Norton, P. J. (2015). Survival Modeling of Discontinuation from Psychotherapy: A Consumer Decision-Making Perspective. *Journal of Clinical Psychology*, 71(3), 199–207. <https://doi.org/10.1002/jclp.22122>
- Lovibond, S. H. y Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Psychology Foundation.
- Marker, I., Salvaris, C. A., Thompson, E. M., Tolliday, T. y Norton, P. J. (2019). Client Motivation and Engagement in Transdiagnostic Group Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: Predictors and Outcomes. *Cognitive Therapy and Research*, 43(5), 819–833. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10014-1>
- Mezzich, J. E., Ruiperez, M. A., Perez, C., Yoon, G., Liu, J. y Mahmud, S. (2000) The Spanish version of the Quality-of-Life Index: Presentation and Validation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(5), 301–305. <https://doi.org/10.1097/00005053-200005000-00008>
- Mezzich, J. E., Cohen, N. L., Ruiperez, M. A., Banzato, C. E. y Zapata-Vega, M. I. (2011). The Multicultural Quality of Life Index: Presentation and Validation. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 357–364. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01609.x>
- Neff, K. D. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D. y Germer, C. (2017). Self-compassion and Psychological Well-being. En E. M. Seppälä, E. Simon-Thomas, S. L. Brown, M. C. Worline, C. D. Cameron y J. R. Doty (Eds.), *The Oxford Handbook*

- of Compassion Science* (pp. 371–385). Oxford University Press.
- Neff, K. y Germer, C. (2018). *The Mindful Self-Compassion Workbook. A Proven Way to Accept Yourself, Build Inner Strength, and Thrive*. The Guilford Press.
- Neff, K., Rude, S. y Kirkpatrick, K. y (2007). An Examination of Self-compassion in Relation to Positive Psychological Functioning and Personality Traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908–916. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.002>
- Norton, P. J. (2012). A Randomized Clinical Trial of Transdiagnostic CBT for Anxiety Disorder by Comparison to Relaxation Training. *Behavioral Therapy*, 43(3), 506–517. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.08.011>
- Oliveira, J. T., Sousa, I., Ribeiro, A. P. y Gonçalves, M. M. (2021). Premature Termination of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: The role of Ambivalence towards Change. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(3), 1089–1100. <https://doi.org/10.1002/cpp.2694>
- Osma, J., Castellano, C., Crespo, E. y García-Palacios, A. (2015). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Group Format in a Spanish Public Mental Health Setting. *Behavioral Psychology*, 23(3), 447–466.
- Osma, J. O. Peris-Baquero, C. Suso-Ribera, T. J. Farchione y Barlow, D. H. (2022) 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*, 32(3), 329–342, <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1939190>
- Osma J. Quilez-Orden, A.; Suso-Ribera, C., Peris-Baquero, O., Norman, S., Bentley, K. y Sauer-Zavala, S. E. (2019). Psychometric Properties and Validation of the Spanish Version of the Overall Anxiety and Depression Severity and Impairment Scales. *Journal of Affective Disorders*, 252, 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.063>
- Sakiris, N. y Berle, D. (2019). 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>
- Sanz, J., Silva, F. y Avia, M. D. (1999). La evaluación de la personalidad desde el modelo de los “Cinco Grandes”: El inventario de Cinco-Factores NEO (NEO-FII) de Costa y McCrae. En F. Silva. (Ed.), *Avances en evaluación psicológica* (pp. 172–234). Promolibro.
- Yalom, I. D., y Leszcz, M. (Col.). (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (5ª ed.). Basic Books.