

ACCIÓN PSICOLÓGICA

Director: José Luis Martorell

Monográfico:
Protocolo Unificado

Coordinador: Álvaro Rodríguez-Mora

Acción Psicológica

REVISTA SEMESTRAL DE PSICOLOGÍA
VOLUMEN 19, NÚMERO 2, DICIEMBRE 2022 - ISSN: 2255-1271

Acción Psicológica es una revista semestral editada por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia desde el año 2002. Publica artículos originales e inéditos de investigación, de revisión, contribuciones teóricas o metodológicas, como también estudios de casos sobre diversas áreas de la Psicología.

Editor jefe / Chief Editor: José Luis Martorell Ypiens

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Editor / Editor: Miguel A. Carrasco

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Editores asociados / Associate Editors

Donald H. Saklofske

University of Western Ontario, Canadá

Annamaria Di Fabio

Università degli Studi di Firenze - UniFI

Gabriela Topa Cantisano

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Coordinadora editorial/ Editorial Coordination

M. Ángeles López González

Universidad Rey Juan Carlos

CONSEJO EDITORIAL / EDITORIAL ADVISORY BOARD

Rubén Ardua (Universidad Nacional de Colombia)	Farah Malik (University of the Punjab, Pakistan)
M ^a Dolores Avia Aranda (UCM)	Jesús Ignacio Martín Cordero (UNED)
José Bermúdez Moreno (UNED)	José Carlos Mingote Adán, Soc. Esp. Medicina Psicosomática
Lluís Botella García del Cid (Universitat Ramon Llull)	Maritza Montero (Universidad Central de Venezuela)
Helio Carpintero Capell (UDIMA)	José Muñoz Fernández (Universidad de Oviedo)
Eric J. de Bruyn (Radboud Universiteit Nijmegen, Holanda)	K. Paulick (Universität Hamburg, Alemania)
Gian Vittorio Caprara (Sapienza-Università di Roma, Italia)	José María Peiró Silla (Universitat de València)
Jean Paul Caverni (Université d'Aix-Marseille, Francia)	Ana María Pérez García (UNED)
Enrique Echeburúa Odriozola (UPV/EHU)	Susan Pick (Universidad Central de México)
Michael W. Eysenck (University of London, UK)	Karen Ripoll-Núñez (Universidad de los Andes, Colombia)
Lourdes Ezpeleta Ascaso (Universitat de Barcelona)	Francisco Rodríguez Cifuentes (URJC)
Guillem Feixas (Universitat de Barcelona)	Juan Fco. Rodríguez Testal (Universidad de Sevilla)
Rocío Fernández Ballesteros (Universidad Autónoma Madrid)	Donald K. Routh (Universidad of Miami, USA)
Samuel Fernández-Salinero San Martín (URJC)	Fernando Rubio Garay (UNED, España)
María Forns Santacana (Universitat de Barcelona)	M. Salas (Universidad Católica de Chile)
Akis Giovazolias (University of Crete, Greece)	N. Salgado (Universidad Central de México)
Francisco Pablo Holgado (UNED)	Encarnación Sarriá Sánchez (UNED)
David Jaúregui Camasca (Univ. de San Marcos, Perú)	D. Silva (Universidade de Lisboa, Portugal)
Phillipe N. Johnson Laird (Princeton University, USA)	Charles Spielberger (University of Florida, USA)
Julian Lloyd (University of Chester, UK)	Richard E. Tremblay (University of Montreal, USA)
Francisco Machado (Maia University Institute, Portugal)	Bernhard Wilpert (Technische Universität Berlin, Alemania)

COMITÉ DE ÉTICA / ETHICS COMMITTEE

M ^a José Contreras	UNED
Roberto Domínguez Bilbao	Universidad Rey Juan Carlos
Marcela Paz González Brignardello	UNED
Itziar Iruarizaga Díez	Universidad Complutense de Madrid
Ricardo Pellón Suárez de Puga	UNED

ASESOR TÉCNICO / TECHNICAL ADVISOR

Paloma Andrea Rojas González	UNED
------------------------------	------

Acción Psicológica

REVISTA SEMESTRAL DE PSICOLOGÍA
VOLUMEN 19, NÚMERO 2, DICIEMBRE 2022 - ISSN: 2255-1271

Acción Psicológica es una revista semestral editada por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia desde el año 2002. Publica artículos originales e inéditos de investigación, de revisión, contribuciones teóricas o metodológicas, como también estudios de casos sobre diversas áreas de la Psicología.

NORMAS PARA EL ENVÍO Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

Acción Psicológica publica artículos originales e inéditos de investigación, de revisión, contribuciones teóricas o metodológicas, como también estudios de casos sobre diversas áreas de la Psicología.

Las normas de envío de originales se detallan en la web de la revista:

<http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/about/submissions#onlineSubmissions>

Copyright: la revista *Acción Psicológica* se publica bajo licencia Creative Commons Reconocimiento – NoComercial (CC BY-NC).

Contacto: Servicio de Psicología Aplicada. Facultad de Psicología (UNED). C/ Juan del Rosal nº 10, 28040 Madrid, Spain. Email: accionpsicologica@psi.uned.es

Acción Psicológica

SEMIANNUAL JOURNAL OF PSYCHOLOGY
VOLUME 19, NUMBER 2, DECEMBER 2022 - ISSN: 2255-1271

Acción Psicológica is a semiannual journal published by the Faculty of Psychology of the Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) since 2002. Publishes original research, review, theoretical or methodological contributions, as well as case studies on different areas of Psychology.

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

Manuscript Preparation

Prepare manuscripts according to the <https://apastyle.apa.org/products/publication-manual-7th-edition>

The manuscripts will be upload in formats: ".doc" or ".docx" in the journal website <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/about/submissions#onlineSubmissions>. Manuscripts will be accepted in English or Spanish languages. If the paper is written in English, an abstract of 100-200 words in Spanish will be required.

The articles will be double-spaced in **Times New Roman, 12 point**, with all margins to 1 in. The maximum length of articles will be **6000 words** (including title, abstract, references, figures, tables and appendices). The numbering of the pages will be located in the upper right.

Other formatting instructions, as well as instructions on preparing tables, figures, references, metrics, and abstracts, appear in the *Manual*.

The articles are scholarly peer-reviewed.

Acción Psicológica is indexed in the following databases:

Bibliographical International: Emerging Source Citation Index (ESCI-Clarivate Analytics), Academic Search Complete, Academic Search Premier and Fuente Academica Plus (EBSCO), ProQuest Psychology Journals, ProQuest Central, ProQuest Central K-12, ProQuest Health Research Premium Collection, ProQuest Hospital Premium Collection, DOAJ, FirstSearch (OCLC), PubPsych (ZPID), SciELO, Open J-Gate, Dialnet, e-Revistas, Redalyc.

Bibliographical National: Compludoc, ISOC (CSIC-CINDOC), Psycodoc, Psyke.

Web site of the journal, with information, index, abstracts and full text (in pdf format) of articles:

<http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/index>

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

Servicio de Psicología Aplicada

ACCIÓN PSICOLÓGICA

Monográfico: Protocolo Unificado

ÍNDICE

Contribuciones de temática libres/no monográfica

1. Apuntes sobre el Protocolo Unificado Transdiagnóstico.....	1
Flavia Arrigoni, Esperanza Marchena Consejero y José I. Navarro Guzmán	
2. Descripción del inventario multidimensional para los trastornos emocionales (MEDI) para la evaluación y diagnóstico dimensional.....	15
Alba Quilez-Orden, Javier Prado-Abril, Vanesa Ferreres-Galán, María Ángeles Torres-Alfosea, María Asunción Santos-Goñi, Óscar Peris-Baquero y Jorge Osma	
3. Variables relacionadas con el abandono terapéutico en una adaptación grupal del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Un estudio preliminar.....	33
Antonio Ayuso Bartol, Alejandra Rebeca Melero Ventola, Aitor Vicente Arruebarrena, Marina Wöbbeking Sánchez, Laura Jiménez Gómez y M ^a Ángeles Gómez Martínez	
4. Aplicación del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en cuidadores familiares de enfermos con demencia	45
Irene León-Casas y Álvaro Rodríguez-Mora	
5. [Estudio piloto sobre la utilidad clínica y aceptabilidad del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales en formato online y grupal en Argentina].....	63
Milagros Celleri, Camila Florencia Cremades, Rodrigo Lautaro Rojas, Cristian Javier Garay y Jorge Osma	
6. Protocolo transdiagnóstico PsicAP de entrenamiento cognitivo-conductual en grupo para trastornos emocionales..	81
Antonio Cano-Vindel, Paloma Ruiz-Rodríguez, Roger Muñoz-Navarro ³ , Leonardo A. Medrano, Juan A. Moriana, Eliana M. Moreno, Mario Gálvez-lara ⁵ , Francisco j. Jurado-González, Ángel Aguilera-Martín, Sara Barrio-Martínez, Maidcer Prieto-Vila, María Carpallo-González, Luciana S. Moretti, Zoilo E. García-Batis, Amador Priede y César González-Blanch	
7. Aplicación grupal del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en una muestra universitario.....	97
Álvaro Rodríguez-Mora, Francisco Javier Del Río, Israel Mallat, Elisabeth Gemar, Laura Barrilado, Antonio Fernández y Federico Hervías	
8. [Aplicación individual del protocolo unificado en estudiantes universitarios de las Islas Baleares: un estudio piloto]	115
Jorge Socías-Soler, Jorge Osma y Miquel Tortella-Feliu	
9. Viabilidad y utilidad clínica del Protocolo Unificado Transdiagnóstico con alumnos del Aula Universitaria de Mayores de la Universidad de Cádiz.....	129
Flavia Arrigoni, Esperanza Marchena Consejero y José I. Navarro Guzmán	
10. Administración telemática del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales en adolescentes (tUP-A): un estudio de casos.....	149
Victoria Espinosa, Julia García-Escalera, Sandra Arnáez, Rosa M. Valiente, Bonifacio Sandín, Julia C. Schmitt y Paloma Chorot	
11. [Aplicación individual del protocolo unificado en estudiantes universitarios de las Islas Baleares: un estudio piloto].	163
Ana Góis, Brígida Caiado, Bárbara Pereira, Diana Santos, María Cristina Canavarro y Helena Moreira	

CONTENTS

Monographic articles

1. [Notes on the Transdiagnostic Unified Protocol].....	1
Flavia Arrigoni, Esperanza Marchena Consejero y José I. Navarro Guzmán	
2. [Description of the Multidimensional Emotional Disorders Inventory (MEDI) for Dimensional Evaluation and Diagnosis].....	15
Alba Quilez-Orden, Javier Prado-Abril, Vanesa Ferreres-Galán, María Ángeles Torres-Alfosea, María Asunción Santos-Goñi, Óscar Peris-Baquero y Jorge Osma	
3. [Variables Related to Therapeutic Dropout in a Group Adaptation of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. A Preliminar Study].....	33
Antonio Ayuso Bartol, Alejandra Rebeca Melero Ventola, Aitor Vicente Arruebarrena, Marina Wöbbeking Sánchez, Laura Jiménez Gómez, & M ^a Ángeles Gómez Martínez	
4. [Application of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders to Family Caregivers of Patients with Dementia].....	45
Irene León-Casas & Álvaro Rodríguez-Mora	
5. Pilot Study on the Clinical Usefulness and Acceptability of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Online and Group format in Argentina.....	63
Milagros Celleri, Camila Florencia Cremades, Rodrigo Lautaro Rojas, Cristian Javier Garay, & Jorge Osma	
6. [PsicAP Transdiagnostic Protocol of Group Cognitive-Behavioral Training for Emotional Disorders].....	81
Antonio Cano-Vindel, Paloma Ruiz-Rodríguez, Roger Muñoz-Navarro ³ , Leonardo A. Medrano, Juan A. Moriana, Eliana M. Moreno, Mario Gálvez-lara ⁵ , Francisco j. Jurado-González, Ángel Aguilera-Martín, Sara Barrio-Martínez, Maidcer Prieto-Vila, María Carpallo-González, Luciana S. Moretti, Zoilo E. García-Batis, Amador Priede, & César González-Blanch	
7. Aplicación grupal del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en una muestra universitario.....	97
Álvaro Rodríguez-Mora, Francisco Javier Del Río, Israel Mallat, Elisabeth Gemar, Laura Barrilado, Antonio Fernández, & Federico Hervías	
8. Single application of the unified protocol in university students of the Balearic Islands: a pilot study.....	115
Jorge Socías-Soler, Jorge Osma, & Miquel Tortella-Feliu	
9. [Feasibility and clinical utility of the Unified Transdiagnostic Protocol with students from the University of Cadiz's Elderly Classroom].....	129
Flavia Arrigoni, Esperanza Marchena Consejero, & José I. Navarro Guzmán	
10. [Delivery of the unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in adolescents via Telehealth (tUP-A): A Case Series].....	149
Victoria Espinosa, Julia García-Escalera, Sandra Arnáez, Rosa M. Valiente, Bonifacio Sandín, Julia C. Schmitt, & Paloma Chorot	
11. El Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales en Niños (UP-C): Estudio de Caso.....	163
Ana Góis, Brígida Caiado, Bárbara Pereira, Diana Santos, María Cristina Canavarro, & Helena Moreira	

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

Servicio de Psicología Aplicada

ACCIÓN PSICOLÓGICA

VOLUMEN 19

DICIEMBRE 2022

NÚMERO 2

APUNTES SOBRE EL PROTOCOLO UNIFICADO TRANSDIAGNÓSTICO

NOTES ON THE TRANSDIAGNOSTIC UNIFIED PROTOCOL

FLAVIA ARRIGONI^{1,2}, ESPERANZA MARCHENA CONSEJERO² Y
JOSÉ I. NAVARRO GUZMÁN²

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Arrigoni, F., Marchena Consejero, E. y Navarro Guzmán, J. I. (2022). Apuntes sobre el Protocolo Unificado Transdiagnóstico [Notes on the Transdiagnostic Unified Protocol]. *Acción Psicológica*, 19(2), 1–14. <https://doi.org/10.5944/ap.19.2.36971>

Resumen

Sucintamente, en este artículo se presenta el Protocolo Unificado para el tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales. Se caracterizan sus aspectos principales en tanto intervención cognitivo conductual de la tercera ola de Terapias Cognitivo Conductuales. Aspira identificar las estrategias de regulación emocional desadaptativas que las personas utilizan para entrenarlas en la adquisición de otras nuevas y más adaptativas. Compuesto por ocho módulos, cuenta con material bibliográfico de guía para el terapeuta y el paciente. A través de los ocho módulos del tratamiento las personas serán capaces de entrenar cinco habilidades de regulación emocional: conciencia emocional, flexibilidad cognitiva, identificación de conductas emocionales y propuesta de conductas alternativas, exposición interoceptiva y

exposición emocional. Se trata de una intervención cuya eficacia ha sido, y, continúa siendo, probada en sus múltiples opciones y posibilidades: como intervención individual o grupal, cara a cara o en línea, en contextos clínicos y en otros no clínicos, bien como estrategia de atención o de prevención de la salud.

Palabras clave: Protocolo Unificado; transdiagnóstico; terapias basadas en evidencia; regulación emocional.

Abstract

Briefly, this article presents the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders, a cognitive behavioral intervention of the third wave of Cognitive Behavioral Therapies. It aims to identify the maladapt-

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Flavia Arrigoni, Pontificia Universidad Católica Argentina.
Email: flavia.arrigoni@uca.es

ORCID: Flavia Arrigoni (<https://orcid.org/0000-0001-5664-6167>), Esperanza Marchena Consejero (<https://orcid.org/0000-0002-2043-029X>) y José I. Navarro Guzmán (<https://orcid.org/0000-0002-0738-2641>).

¹ Pontificia Universidad Católica, Argentina.

² Universidad de Cádiz, España.

Recibido: 14 de mayo de 2022.

Aceptado: 10 de septiembre de 2022.

tive emotional regulation strategies that people use and train them in acquiring new and more adaptive ones. Composed of eight modules, it has bibliographical guidance material for the therapist and the patient. Through the eight modules of treatment people will be able to train five skills of emotional regulation: emotional awareness, cognitive flexibility, identification of emotional behaviors and proposal of alternative behaviors, interoceptive exposure and emotional exposure. It is an intervention whose effectiveness has been, and continues to be, proven in its multiple options and possibilities: as an individual or group intervention, face-to-face or online, in clinical or non-clinical contexts, either as a psychological intervention or as a health prevention strategy.

Keywords: Unified Protocol; Transdiagnostic; evidence-based therapies; emotional regulation.

Introducción

Los cambios en la filosofía de las ciencias, el surgimiento del constructivismo y las teorías posmodernas debilitaron las bases y supuestos de la primera y segunda ola de las Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC) a favor de un enfoque más instrumentalista y contextual (Moore, 2000). Las terapias basadas en la exposición comenzaron a centrarse más en el contacto con eventos internos (Barlow, 2002), se empezó a dar más énfasis a la conciencia del momento presente (Borkovec y Roemer, 1994), y la terapia cognitiva basada en la atención plena evidenció que era posible alterar la función de los pensamientos sin antes alterar su forma (Teasdale et al., 2002).

La incorporación de la práctica de la atención plena, la aceptación, la defusión, entre otras, marcaron el escenario propicio para el surgimiento de intervenciones cognitivas conductuales de la llamada «tercera ola» (Barlow, 2021). Basadas en una aproximación empírica y enfocadas en los principios del aprendizaje, estas terapias se interesan por el contexto y las funciones de los fenómenos psicológicos. Aspiran promover el cambio contextual y experiencial y la construcción de repertorios conductuales más amplios, flexibles y efectivos, más que la mera reducción sintomática.

Kahl et al. (2012) las caracterizan como aquellas que se interesan en “temas nuevos para las psicoterapias conductuales, como lo son la metacognición, la fusión cognitiva, las emociones, la aceptación, el mindfulness, la dialéctica, la espiritualidad y la relación terapéutica” (p. 523), y entienden que “los métodos usados por esta nueva generación son diversos” (Kahl et al., 2012, p. 523). Barlow (2021) señala que la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, 2004) y el Protocolo Unificado para el tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU; Barlow et al., 2011, 2019a) contienen procedimientos similares, principalmente por tratarse de intervenciones fundamentalmente cognitivas conductuales de la llamada «tercera ola», junto con marcadas diferencias conceptuales en sus enfoques.

Son una nueva modalidad de psicoterapia, respaldada científicamente, cuyo punto de partida es la consideración de que “muchas de las herramientas que utilizamos para solucionar nuestros problemas, en realidad, nos tienden trampas que aumentan nuestro sufrimiento” (Hayes, 2013, p. 20). Las personas utilizan estrategias de regulación emocional que, paradójicamente, contribuyen al mantenimiento o empeoramiento de los síntomas que pretenden erradicar, de manera tal que “todo el mundo puede beneficiarse de aprender maneras saludables de responder a sus emociones” (Barlow et al., 2019b, p. 25). Por lo tanto, se requieren intervenciones psicológicas que permitan incorporar nuevas formas de gestión emocional cuando estas interfieren en el bienestar de las personas.

Las terapias basadas en evidencia se apoyan en los modelos teóricos que asumen el método científico y que, a través del control experimental, buscan demostrar empíricamente sus presupuestos (Moriana y Martínez, 2011). El interés por la evaluación de la eficacia de los tratamientos psicológicos ha aumentado con el correr del tiempo, y se han utilizado diversos métodos para probarla: “desde estudios retrospectivos que utilizaban el porcentaje de éxito como indicador de eficacia del tratamiento psicológico y posteriormente con estudios que utilizan una evaluación más sistemática y científica” (Cordero-Andrés et al., 2017, p. 92).

La American Psychological Association (APA) caracteriza a las terapias basadas en evidencia como aquellas

que utilizan la mejor evidencia científica de la investigación básica y aplicada, para mejorar las propuestas de tratamientos psicológicos. En el año 2006 la División 12, Psicología Clínica, de la APA identificó 18 tratamientos psicológicos basados en evidencia empírica, y estos se caracterizaban por ser intervenciones manualizadas cuya eficacia había sido probada mediante ensayos clínicos aleatorizados en poblaciones específicas (APA, 2006). La meta de las terapias basadas en evidencia es mejorar su calidad y coste-eficacia (González-Blanch et al., 2018).

Enfoque transdiagnóstico

Desde el punto de vista de la salud mental, a nivel mundial, los trastornos mentales más prevalentes son los Trastornos Emocionales (TE), que incluyen los Trastornos de Ansiedad, los Trastornos del Estado de ánimo (unipolares) y otros trastornos relacionados (Labrador et al., 2010; Moreno y Moriana, 2012; World Health Organization, 2017). Bullis et al. (2019) enfatizan la necesidad de trascender las tradicionales categorías diagnósticas descriptivas y enfocarse en los mecanismos que contribuyen al inicio y mantenimiento del trastorno, en el caso de los TE, una disfunción en la forma en cómo las emociones son interpretadas y reguladas.

Los modelos transdiagnósticos han generado importantes avances en la psicopatología actual. Se han identificado dimensiones cognitivas y afectiva como base común a los distintos TE por lo que Farchione et al. (2012) sostienen que, entre ciertos trastornos, son más las cosas en común que las diferencias. Botella et al. (2019) consideran a la perspectiva transdiagnóstica como “un paso importante en la TCC porque supone centrarse en los mecanismos que mantienen los TE” (p. 317). La existencia de protocolos de intervención eficaces para el tratamiento de distintas patologías reporta además grandes ventajas para el terapeuta (reducción del coste y tiempo de entrenamiento).

Barlow et al. (2019a) consideran a las TE como el resultado de “una triple vulnerabilidad” caracterizada, por un lado, por una tendencia a experimentar emociones negativas (neuroticismo), por otro lado, por reaccionar aversivamente frente a la ocurrencia de ese tipo de experiencias emocionales; y, por último, por realizar esfuerzos para

suprimir esas emociones indeseadas o por instrumentar conductas evitativas.

Barlow y su equipo de la Universidad de Boston han diseñado y evaluado un modelo de transtratamiento basado en técnicas cognitivo-conductuales cuya eficacia ha arrojado resultados similares a los de los protocolos tradicionales de la TCC (Norton y Barrera, 2012): el PU. Este incluye “técnicas empíricamente validadas procedentes de la TCC (psicoeducación, reestructuración cognitiva o la exposición), así como otras basadas en estrategias de regulación emocional y técnicas de conciencia emocional” (Rosique-Sanz et al., 2019, p. 81).

Protocolo Unificado para el tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales

Barlow et al. (2011, 2019a) han diseñado, implementado y evaluado un protocolo eficiente y eficaz para el tratamiento de los TE, sencillo de implementar y con una óptima relación coste/beneficio.

Se trata de un programa breve, basado en los principios de la TCC, focalizado en los síntomas comunes que subyacen en los TE, se nutre de los “hallazgos más recientes en la ciencia cognitiva y emocional” (Osma, 2019, p. 14) y busca extinguir las conductas impulsadas por las emociones y tratar el neuroticismo.

Su objetivo central es “extinguir el malestar en respuesta a las emociones intensas, la reducción de las reacciones negativas ante las emociones puede reducir la utilidad del afrontamiento evitativo [...] que produce un rebote de los síntomas, manteniéndolos a lo largo del tiempo” (Osma, 2019, p. 26).

Rosique-Sanz et al. (2019) lo caracterizan como aquel que “se centra en el tratamiento de diversos procesos transdiagnósticos comunes implicados en el origen y mantenimiento de los procesos emocionales, incluidos el neuroticismo (afecto negativo) y la inadecuada regulación emocional (e.g., supresión emocional, evitación emocional, rumiación” (p. 81).

Permite abordar la elevada afectividad negativa presente en los TE (Grill et al., 2017), que incluyen la intolerancia a la incertidumbre, la sensibilidad a la ansiedad, la intolerancia a la angustia y las experiencias de evitación emocional (Unified Protocol Institute, 2021); y, además, produce cambios en la sensación de incontrolabilidad de los eventos vitales y modifica el estrechamiento de la atención hacia las interpretaciones negativas (Osma, 2019).

Basado en “cinco procesos terapéuticos centrales que pueden ser aplicados transdiagnóticamente a todos los TE” (Barlow, 2019) busca promover la construcción de una relación más sana de la persona con sus propias emociones.

Aspira fomentar la conciencia emocional plena mediante la práctica de la atención centrada en el presente y sin juzgar los propios pensamientos o emociones. No se promueve la eliminación de las emociones consideradas como “desagradables por la persona” (Barlow et al., 2019b, p. 28), sino que se estimula la adquisición de estrategias que facilitan una regulación emocional que permita incrementar la tolerancia emocional y, en última instancia, apreciarlas como útiles y adaptativas.

Pretende promover la reevaluación cognitiva de las interpretaciones negativas automáticas, logrando así una mayor flexibilidad cognitiva que promueva una regulación emocional más adaptativa.

Por otro lado, se aspira poder identificar y modificar las conductas emocionales y reducir las tendencias conductuales evitativas asociadas con las emociones consideradas desagradables o negativas.

A través de la implementación de técnicas de exposición interoceptivas se pretende aumentar la conciencia y tolerancia de las sensaciones físicas asociadas a las emociones consideradas desagradables. Incrementar la conciencia del rol desempeñado por las sensaciones somáticas en las experiencias emocionales y los pensamientos y conductas asociados a las mismas.

Por último, el diseño de ejercicios emocionales que implican la evocación y exposición gradual a las experiencias emocionales en contextos reales (in vivo) o internos, aspi-

ran promover la eliminación de las conductas evitativas o de supresión emocional y adquirir conductas o reacciones más adaptativas a la emoción.

Sus beneficios son múltiples y su flexibilidad y modularidad lo tornan elegible y aplicable para distintos tipos de abordajes, desde un formato individual hasta otro grupal e incluso auto aplicados a través de internet, impartido en línea o cara a cara, tanto en contextos clínicos como en otros no clínicos. Al tratarse de un enfoque transdiagnóstico resulta eficaz para el abordaje de distintos trastornos ya que se trata de un modelo funcional para el tratamiento de los TE “que describe el proceso a través del cual el temperamento neurótico evoluciona generando malestar e interferencia asociada con un amplio rango de trastornos del DSM” (Osma, 2019, p. 21).

La versión más reciente del PU incluye ocho módulos, y cuenta con material bibliográfico de guía: un Manual para el paciente y un Manual para el terapeuta (Barlow et al., 2019a, 2019b).

El Manual para el terapeuta (Barlow et al., 2019a) es una versión revisada y ampliada de los más reputados especialistas mundiales del tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Aporta lineamientos básicos del PU y presenta una intervención psicológica protocolizada organizada en ocho módulos, aportando material psicoeducativo, ejercicios de reflexión, tareas para la casa y auto registros para guiar a los participantes en la adquisición de nuevas y más eficaces estrategias de regulación emocional.

Por su parte, el Manual para el paciente (Barlow et al., 2019a) prevé su uso para personas con algún TE e incluso para todo aquel que quiera aprender a manejar más saludablemente sus emociones, enfatizando el rol activo de la persona en el éxito del programa. Incluye una breve reseña del PU, autoregistros y material útil de cada módulo para ejercitar las habilidades que se aspira incorpore el paciente.

Hay acuerdo en relación con la conveniencia de desarrollarlo en 12 sesiones semanales de dos horas de duración (Castellano et al., 2015; Osma, 2019), suficientes para promover mejoras en los síntomas depresivos, ansio-

sos, calidad de vida y regulación emocional (Bullis et al., 2015). Se espera que las personas puedan adquirir estrategias para afrontar más eficazmente sus emociones, que las puedan entrenar y que realicen un seguimiento del propio progreso (completando unas escalas semanalmente).

Se enfatiza el rol activo de la persona, de manera tal que se entiende que el esfuerzo es el predictor del éxito, y la intervención resultará más eficaz si se invierte tiempo semanalmente (por lo que se asignan tareas para la casa) y si se realiza desde el principio hasta el final. Para el tratamiento de los déficits de regulación de las emociones combina técnicas tradicionales de la TCC, tales como la reestructuración cognitiva, con otras habilidades psicológicas más novedosas y actuales, por ejemplo, la conciencia emocional plena (Osma et al., 2018).

Ciertamente, se trata de una intervención coste-efectiva ya que, por un lado, al poder ser aplicado en forma grupal permite brindar atención terapéutica a un cierto número de personas en poco tiempo y con poco recurso humano, reduciendo listas de espera, y, por otro lado, disminuye el costo del entrenamiento de los profesionales. Su versatilidad lo hace aplicable en diversos contextos clínicos (salud pública, consulta privada) y en otros no clínicos desde una perspectiva preventiva de la salud (contextos comunitarios, académicos, servicios sociales, asociaciones civiles, institutos de investigaciones).

Resultados de investigaciones

Pineda-Sánchez (2020) considera al PU como uno de los modelos transdiagnósticos que gozan de un amplio reconocimiento, aunque sostiene que aún son escasos los estudios que han probado su eficacia empíricamente por lo que se requiere continuar avanzando en tal línea.

Si bien se considera que los resultados iniciales obtenidos de la aplicación del PU son prometedores, se requiere aún una mayor evidencia. Desde hace algunos años se ha probado su eficacia principalmente en contexto clínicos, en formato individual y, en menor medida, en formato grupal (Barlow et al., 2004; Bullis et al., 2015; Castellano et al., 2015; Norton, 2012).

La aplicación grupal del PU permite reducir las listas de espera en las unidades de salud mental, el tiempo de tratamiento y los costes sanitarios. Castellano et al. (2015) probaron su eficacia con personas en tratamiento en una unidad de salud mental española, observando:

Mejorías estadísticamente significativas en niveles de ansiedad (OASIS) y depresión (ODSIS), y se puede apreciar una tendencia al aumento del Afecto Positivo, y en mayor medida una tendencia en disminución del Afecto Negativo...se aprecian mejorías significativas en variables importantes como la calidad de vida (Castellano et al., 2015, p. 159).

En el contexto clínico de la Comunidad de Madrid, Rosique-Sanz (2018) evaluó su aplicación en pacientes con elevada comorbilidad de trastornos emocionales derivados desde Atención Primaria a las consultas de psicología clínica o psiquiatría de Atención Especializada. Tras la participación, se observaron reducciones significativas de las variables dependientes en estudio y tales cambios se mantuvieron hasta seis meses después de haber concluido la intervención. El efecto sobre los constructos transdiagnósticos fue significativo, en mayor grado sobre el afecto positivo, la evitación emocional, los pensamientos automáticos negativos y la evitación interoceptiva.

Osma et al. (2018) reportaron los resultados del primer ensayo clínico aleatorizado y controlado sobre la efectividad del PU grupal en contextos clínicos españoles. Los resultados obtenidos tras la intervención con el PU evidenciaron un tamaño de efecto de mediano a grande en variables tales como ansiedad, depresión, calidad de vida, afecto positivo y negativo.

Rosique-Sanz (2018) reportó los resultados de un estudio científico del que participaron 81 pacientes con al menos un diagnóstico de TE, asignados al azar a alguna de las tres intervenciones psicológicas grupales previstas: PU, Relajación o Mindfulness. El PU mostró una mayor eficacia frente al entrenamiento en relajación y al mindfulness.

Favorece la adquisición de nuevas y más saludables estrategias de regulación emocional (Barlow et al., 2019b). Diversos estudios han mostrado su eficacia para el tratamiento de los TE en diferentes condiciones de salud

(Osma, Martínez-García, Quilez-Orden y Peris-Baquero, 2021): cáncer de mama (Weihs et al., 2019), dolor crónico (Pyne, 2018), infertilidad (Martínez-Borba et al., 2022), así como también en otras condiciones médicas tales como pacientes con una cirugía bariátrica (Ferreeres-Galán et al., 2022) o con síndrome de intestino irritable (Celleri et al., 2020).

Formatos y ámbitos de aplicación

Debido a que “lejos de ser un tratamiento cognitivo-conductual rígido, su modularidad le proporciona versatilidad para la personalización y adaptación de la intervención según el análisis funcional de cada caso” (Osma y Sauer-Zabala, 2019, p. 333), son diversos los formatos de aplicación del PUT: individual, grupal; presencial o en línea; en contextos clínicos y no clínicos, como estrategia de atención o de prevención de la salud.

Osma y Sauer-Zabala (2019) recomiendan incluir en los estudios sobre la eficacia del PUT una evaluación de la satisfacción y percepción de utilidad de los pacientes y consideran que “la evaluación de las opiniones de los pacientes es fundamental y debe ser realizada con independencia del formato utilizado” (p. 332).

Cara a cara vs en línea

Ya diez años atrás, Titov et al. (2011) hallaron que, en el abordaje de las problemáticas vinculadas a la ansiedad y el estado del ánimo, las intervenciones con TCC en línea reportaron eficacia similar a la de los tratamientos tradicionales cara a cara.

La tecnología ha permitido vehiculizar la aplicación del PUT abriendo nuevos horizontes. Debido a su perspectiva transdiagnóstica y estructura modular, resulta óptimo para ser aplicado en línea con “personas que presenten síntomas clínicos o subclínicos de ansiedad y depresión” (Osma y Sauer-Zabala, 2019, p. 326).

En España el PU se ha puesto en práctica a través del “Programa Sonreír es divertido” probando una disminución de la sintomatología ansiosa, depresiva y del afecto negativo, y una mejora del afecto positivo (Mira et al.,

2016). Incluso se ha desarrollado un procedimiento en línea para adolescentes denominado “Aprende a Manejar Tus Emociones-AMtE” (Botella et al., 2019; Sandín et al., 2020).

Botella et al. (2019) han sido pioneros en el diseño, aplicación y evaluación del uso de las Tecnologías de la Informática y de la Comunicación (TICs) para la aplicación del PUT y señalan que “el uso de la tecnología supone un paso más en la mejora de la eficacia y eficiencia de los tratamientos psicológicos y en su diseminación”, ya que “los tratamientos administrados por internet son igual de eficaces que el tratamiento cara a cara”. Consideran que “los tratamientos aplicados por medio de internet son una alternativa eficaz, útil y eficiente que puede contribuir a dispensar una mejor atención” (p. 317).

Este tipo de intervención telepsicológica reporta varios beneficios ya que se estima que “los formatos grupales y online son los más coste-efectivos” (Osma y Sauer-Zabala, 2019, p. 333).

Individual vs grupal

Desde un enfoque transdiagnóstico las técnicas cognitivo-conductuales son aplicables en un formato individual como grupal con un total de entre 8 a 10 participantes (Cordero-Andrés et al., 2017; Osma, 2019).

Barlow et al. (2017) reportaron los resultados obtenidos de la aplicación del PU en un formato individual con 223 adultos. Participar en el abordaje favoreció la reducción de los síntomas severos de cuatro trastornos de ansiedad, y que tales mejoras fueron equivalentes, estadísticamente, a las producidas por la aplicación de tratamientos diseñados específicamente para cada uno de esos trastornos.

Barlow et al. (2015) y De Ornelas et al. (2013) hallaron que la psicoeducación y las técnicas de reestructuración cognitiva en un abordaje grupal sirven como predictor de una mejora significativa en participantes que aspiran a adquirir un comportamiento social más aceptado. Sandín (2012) reportó mejoras en la calidad de vida, la sexualidad y los síntomas ansiosos y depresivos presentes en diferentes TE.

Sobre la eficacia del PU en formato grupal, se han realizado estudios en distintos países del mundo: en España (Osma et al., 2015, 2021, 2022), Dinamarca (Reinholt et al., 2017), Brasil (De Ornelas et al., 2015; De Ornelas et al., 2017), Argentina (Grill et al., 2017, Celleri et al., 2021), Canadá (Laposa et al., 2017), Estados Unidos (Bullis et al., 2015; Varkovitzky et al., 2018) o en Irán (Zemestani et al., 2017), para mencionar solo algunos.

Contextos clínicos vs no clínicos

En lo que respecta a su aplicación en contextos clínicos, diversos estudios reportados por Osma y su equipo (Osma et al., 2018; Osma, Martínez-García, Peris-Baquero et al., 2021; Osma y Peris-Baquero, 2021) sobre la aplicación del PU en unidades de salud mental españolas, tras la intervención grupal, observaron una “reducción de la sintomatología depresiva, ansiosa y en la mejora de la calidad de vida con tamaños del efecto medios-altos” (Osma y Peris-Baquero, 2021, p. 3).

Sin embargo, Osma y Sauer-Zabala (2019) refieren que en la actualidad se observa la ampliación del espectro de aplicación del PU, de manera tal que está siendo utilizado para el abordaje de diversos problemas emocionales incluso fuera de los servicios de salud mental, por lo que se reconoce la labor indelegable de la psicología clínica y de la salud para la aplicación y evaluación de intervenciones preventivas en contextos no clínicos.

El hecho de que el PU se centre en la forma en como las personas responden a sus experiencias emocionales, y no en el abordaje de los síntomas de un trastorno, lo torna aplicable al ámbito preventivo.

Son prometedores los resultados de la aplicación en formato grupal del PU para la prevención de los TE en diferentes poblaciones en contextos no clínicos (Botella et al., 2019; Osma et al., 2022; Sauer-Zavala et al., 2021). El Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales en adolescentes (PU-A; Mora-Ringle et al., 2019) y el Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales en niños y niñas (PU-N; Sáez-Clarke et al., 2019) han sido adaptados al sistema educativo con fines preventivos en colegios, institutos y universidades. Por su parte, Arrigoni

et al. (2021) lo han aplicado con estudiantes universitarios españoles y Bentley et al. (2017) reportaron resultados positivos de un proyecto piloto preventivo consistente en el desarrollo de un taller online de 2 horas de duración con estudiantes universitarios.

Otros escenarios posibles de aplicación del PU son los servicios sociales o culturales locales, así como también las asociaciones civiles. Estos espacios son óptimos para aplicar intervenciones preventivas en contextos no clínicos, ya que son lugares a los que los miembros de un colectivo acuden en busca de ayuda, por ejemplo, servicios de atención a inmigrantes, a personas mayores, a personas con una determinada patología. Osma et al. (2022) lo aplicaron con mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

Conclusión

A modo de síntesis, es posible concluir que el PU, compuesto por ocho módulos, cuenta con material bibliográfico de guía para el terapeuta y el paciente, y que se trata de una intervención cognitivo conductual de la tercera ola de TCC, que, basada en los siguientes principios terapéuticos (la conciencia emocional plena, la flexibilidad cognitiva, la modificación de las conductas emocionales y la eliminación de las respuestas de evitación, la exposición interoceptiva, y la exposición a experiencias emocionales en contextos de la vida real) promueve la adquisición de nuevas y más adaptativas estrategias de regulación emocional.

Para su óptima aplicación, es necesario contar con terapeutas con conocimientos sólidos sobre los principios de las TCC, con una formación específica en el PU, la cual puede ser adquirida autodidactamente a través de los manuales de Barlow y su equipo (Osma, 2019), o participando en cursos de formación en el Unified Protocol Institute de la Universidad de Boston, o en distintas partes del mundo, y que, además, sea capaz de establecer un ambiente colaborativo con el cliente basado en la empatía, la aceptación incondicional y la autenticidad (Rogers, 1980).

Atendiendo a su versatilidad, el PU parece haber llegado para facilitar el acceso a un mayor número de personas a una intervención psicológica basada en evidencia, y,

por ende, para favorecer la promoción de la salud, prevenir enfermedades mentales, y brindar una eficaz atención en salud mental.

Referencias

- American Psychological Association. (2006). Evidence-based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285.
- Arrigoni, F., Marchena Consejero, E. y Navarro Guzmán, J. (2021). Aplicación y evaluación de la eficacia del Protocolo Unificado con estudiantes universitarios españoles [Application and Evaluation of the Efficacy of the Unified Transdiagnostic Protocol with Spanish College Students]. *Revista Costarricense de Psicología*, 40(2), 149–169. <https://doi.org/10.22544/rcps.v40i02.05>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic* (2ª ed.). Guilford Press.
- Barlow, D. H. (2019). Prólogo. En J. Osma Lopez (coord.), *Aplicaciones del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de la disregulación emocional* (pp. 13–17). Alianza.
- Barlow, D. H. (2021). What are the Differences and Similarities between UP and ACT Approaches? Psychwire. <https://psychwire.com/ask/topics/9pskwf/questions/1oox8vu>
- Barlow, D. H., Allen, L. y Choate, M. (2004). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205–230. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L. Allen, L. B. y Ehrenreich-May, J. (2011). *The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide*. Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray Latin, H., Ellard, K., Bullis, J., Bentley, K., Boettcher, H. y Cassiello-Robbins, C. (2019a). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales: Manual del terapeuta [Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorder: Workbook]* (Trad. J. J. Osma López y E. Crespo Delgado; 2ª ed. rev y act.). Alianza.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray Latin, H., Ellard, K., Bullis, J., Bentley, K., Boettcher, H. y Cassiello-Robbins, C. (2019b). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Manual del paciente [Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorder: Workbook]*. (Trad. J. J. Osma López y E. Crespo Delgado; 2ª ed. rev y act.). Alianza.
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T., Murray Latin, H., Ellard, K., Bullis, J., Bentley, K., Boettcher, H. y Cassiello-Robbins, H. (2017). Appendix: Forms and Worksheets. En D. H. Barlow, T. J. Farchione, S. Sauer-Zavala, H. M. Latin, K. K. Ellard, J. R. Bullis, K. H. Bentley, H. T. Boettcher y C. Cassiello-Robbins, *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Workbook* (2nd Ed.). <https://www.oxfordclinicalpsych.com/view/10.1093/med-psych/9780190686017.001.0001/med-9780190686017-appendix-4>
- Bentley, K., Gallagher, M., Carl, J. y Barlow, D. (2014). Development and Validation of the Overall Depression Severity and Impairment Scale. *Psychological Assessment*, 26(3), 815–830. <https://doi.org/10.1037/a0036216>
- Borkovec, T. D. y Roemer, L. (1994). Generalized anxiety disorder. En R. T. Ammerman y M. Hersen (Eds.), *Handbook of Prescriptive Treatments for Adults* (pp. 261–281). Plenum.

- Botella Arbona, C., García Palacios, A., Días García, A., González Robles, A. y Castilla López, D. (2019). Protocolo de tratamiento transdiagnóstico online para los trastornos emocionales. En J. Osma Lopez (coord.), *Aplicaciones del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de la disregulación emocional* (pp. 297–318). Alianza.
- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, B., Thompson-Hollands, C. y Barlow, D. H. (2015). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Preliminary Exploration of Effectiveness for Group Delivery. *Behavior Modification*, 39(2), 295–321. <https://doi.org/10.1177/0145445514553094>
- Castellano, C., Osma, J., Crespo, E. y Fermoselle, E. (2015). Adaptación grupal del Protocolo Unificado para el Tratamiento de los Trastornos Emocionales. *Agora Salud*, 2(15), 151–162. <https://doi.org/10.6035/AgoraSalut.2015.2.15>
- Celleri, M., Koutsovitis, F., Cremades, C. y Garay, C. (2020, noviembre). Aplicación del protocolo unificado en pacientes con síndrome de intestino irritable de forma grupal en un hospital público de CABA. En *XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia*. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-007/682>
- Cordero-Andrés, P., González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Munoz-Navarro, R., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L., Hernández-de Hita, F., Pérez-Poo, T., Cano-Vindelf, A. y Grupo de Investigación PsicAP. (2017). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en atención primaria: fundamentos teóricos y empíricos del estudio PsicAP [Psychological Treatment of Emotional Disorders in Primary Care: Theoretical and Empirical Basis of the PsicAP study]. *Ansiedad y Estrés*, 23, 91–98. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.004>
- De Ornelas, A., Azevedo Braga, A., Nunes, C., Nardi, A. y Cardoso Silva, A. (2013). Transdiagnostic Treatment using a Unified Protocol: Application for Patients with a Range of Comorbid Mood and Anxiety Disorders. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35(2), 134–140. <https://doi.org/10.1590/s2237-60892013000200007>
- De Ornelas, A., Nardi, A. y Cardoso Silva, A. (2015). The Utilization of Unified Protocols in Behavioral Cognitive Therapy in Transdiagnostic Group Subjects: A Clinical Trial. *Journal of Affective Disorders*, 172, 179–183. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.023>
- De Ornelas, A., Sanford, J., Boettchen, H., Nardi, A. y Barlow, D. (2017). Improvement in Quality of Life and Sexual Functioning in a Comorbid Sample after the Unified Protocol Transdiagnostic Group Treatment. *Journal of Psychiatric Research*, 93, 30–36. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.05.013>
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W. y Barlow, D. H. (2012). Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 43, 666–678. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>
- Ferreres-Galán, V., Quilez-Orden, A. y Osma, J. (2022). Application of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Post-Bariatric Surgery Patients: An Effectiveness and Feasibility Study in Group Format. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 38(2), 219–231. <https://doi.org/10.6018/analesps.482301>
- González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., Munoz-Navarro, R., Ruiz-Rodríguez,

- P., Medrano, L., Ruiz-Torres, M., Dongil Collado, E., Cano-Vindel, A. y Grupo de Investigación PsicAP. (2018). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP [Psychological Treatment of Emotional Disorders in Primary Care: The Transdiagnostic Treatment Manual of the PsicAP study]. *Ansiedad y estrés*, 24, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.005>
- Grill, S., Castañeiras, C. y Fasciglione, M. P. (2017). Aplicación grupal del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en población argentina [Group application of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in Argentine population]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22, 171–181. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18122>
- Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639–665.
- Hayes, S. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida. La nueva terapia de aceptación y compromiso [Get Out of Your Mind and Into Your Life]*. (Trad. R. J. Álvarez). Desclée De Brouwer.
- Kahl, K., Winter, L. y Schweiger (2012). The Third Wave of Cognitive Behavioural Therapies: What is new and what is effective? *Clinical Therapeutics*, 5(6), 522–528. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328358e531>
- Labrador, F. J., Estupiñá, F. J. y García Vera, M. P. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados [Psychological Care Demand in Clinical Practice: Treatment and Results]. *Psicothema*, 22(3), 619–626. <https://doi.org/10.1177/0145445516667664>
- Laposa, J., Mancuso, E., Abraham, G. y Loli-Dano, L. (2017). Unified Protocol Transdiagnostic Treatment in group format. *Behavior Modification*, 41(2), 253–268. <https://doi.org/10.1177/0145445516667664>
- Martínez-Borba, V., Osmá, J., Crespo-Delgado, E., Andreu-Pejó, L. y Monferrer-Serrano, A. (2022). Prevention of Emotional Disorders and Symptoms Under Health Conditions: A Pilot Study using the Unified Protocol in a Fertility Unit. *Annals of Psychology*, 38(1), 25–35. <https://doi.org/10.6018/analesps.462331>
- Mira, A., González Robles, A., Molinari, G., Miguel, C., Díaz García, A., Bretón López, J. y Botella, C. (2019). Capturing the Severity and Impairment Associated with Depression: The Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS) validation in a Spanish Clinical Sample. *Frontiers in Psychology*, 10, Artículo 180. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00180>
- Moore, J. (2000). Words are not things. *The Analysis of Verbal Behavior*, 17, 143–160.
- Mora-Ringle, V., Tonarely, N. y Ehrenreich-May, J. (2019). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales en adolescentes. En J. Osmá Lopez (coord.), *Aplicaciones del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de la disregulación emocional* (pp. 183–200). Alianza.
- Moreno, E. y Moriana, J. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria [The Treatment of Mental Health and Psychological Problems in a Primary Care]. *Salud Mental*, 4, 315–328.
- Moriana, J. A. y Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces [Evidence-Based Psychology and the Design and Assessment of Efficient Psychological Treatments]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 81–100.

<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.2.2011.10353>

- Norton, P. J. (2012). Transdiagnostic Group CBT for Anxiety Disorder: Efficacy, Acceptability, and Beyond. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 205–217. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11840>
- Norton, P. J. y Barrera, T. L. (2012). Transdiagnostic versus Diagnosis-specific CBT for Anxiety Disorders: A Preliminary Randomized Controlled Noninferiority Trial. *Depression and Anxiety*, 29, 1–9.
- Osma, J. (2019). *Aplicaciones del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de la disregulación emocional*. Alianza
- Osma, J. y Peris-Baquero, O. (2021). Eficacia del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en formato grupal en la Salud Mental Pública Española. *Boletín Psicoevidencias*, 60, 1–6.
- Osma, J. y Sauer-Zabala, S. (2019). Protocolo unificado: líneas futuras y nuevos retos. En J. Osma Lopez (coord.), *Aplicaciones del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de la disregulación emocional* (pp. 319–334). Alianza.
- Osma, J., Castellano, C., Crespo, E. y García Palacios, A. (2015). The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in a Spanish Public Mental Health Setting. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23(3), 447–466.
- Osma, J., Martínez-Gacía, L., Peris-Baquero, O., Navarro-Haro, M., 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. *British Medical Journal*, 11(12), Artículo e054286. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054286>
- Osma, J., Martínez-García, L., Quilez-Orden, A. y Peris-Baquero, O. (2021). Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Medical Conditions: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), Artículo 5077. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105077>
- Osma, J., Quilez-Orden, A., Ferreres-Galán, V., Meseguer, M. y Ariza, S. (2022). Feasibility and Clinical Usefulness of the Unified Protocol in Women Survivors of Violence. *Journal of Child & Family Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02226-z>
- Osma, J., Suso-Ribera, C., García-Palacios, A., Crespo-Delgado, E., Robert-Flor, C., Sánchez-Guerrero, A., Ferreres-Galan, V., Pérez-Ayerra, L., Malea-Fernández A. y Torres-Alfosea, M. (2018). Efficacy of the unified Protocol for the Treatment of Emotional Disorders in the Spanish Public Mental Health System using a Group Format: Study Protocol for a Multicenter, Randomized, non-Inferiority Controlled Trial. *Health Quality of Life Outcomes*, 16(46), 1–10. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1186/s12955-018-0866-2>
- Osma, J., Suso-Ribera, C., Martínez-Borba, V., & Barrera, A. Z. (2020). Content and Format Preferences of a Depression Prevention Program: A Study in Perinatal Women. *Anales de Psicología*, 36(1), 56–63. <https://doi.org/10.6018/analesps.356051>
- Payne, L. (2018). Applications of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. En D. Barlow & T. Farchione (Eds.), *The Unified Protocol for Chronic Pain* (pp. 215–231). Oxford University Press.
- Pineda-Sánchez, D. (2020). *Procesos transdiagnósticos asociados a los síntomas de los trastornos de*

- ansiedad y depresivos [Tesis doctoral, Universidad Nacional de Educación a Distancia]. Repositorio institucional http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:ED-Pg-PsiSal-Dpineda/PINEDA_SANCHEZ_DAVID_Tesis.pdf
- Reinholt, N., Aharoni, R., Winding, C., Resenberg, N., Rosenbaum, B. & Arnfred, S. (2017). Transdiagnostic Group CBT from Anxiety Disorders: The Unified Protocol in Mental Health Services. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(1), 29–43. <https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1227360>
- Rogers, C. (1980). *El proceso de convertirse en persona* (Trad. L. R. Wainberg). Paidós.
- Rosique-Sanz, M. (2018). *Validación española del Protocolo Unificado como tratamiento transdiagnóstico en grupo de los trastornos de ansiedad y depresivos: ensayos clínicos en unidades especializadas de salud mental*. [Tesis doctoral, Universidad Nacional de Educación a Distancia] Repositorio institucional http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:ED-Pg-PsiSal-Mtrosique/ROSIQUE_SANZ_M_TERESA_Tesis.pdf
- Rosique-Sanz, M., Sandín, B., Valiente, R., García-Escalera, J. y Chorot, P. (2019). Tratamiento transdiagnóstico de un caso clínico con elevada comorbilidad de trastornos emocionales: aplicación del protocolo unificado [Transdiagnostic Treatment in a Clinical Case of High Comorbidity of Emotional Disorders: Application of the Unified Protocol]. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(1), 79–91. <http://doi.org/10.24205/03276716.2019.1092>
- Sauer-Zavala, S., Tirpak, J., Eustis, E., Woods, B. y Russell, K. (2021). Unified Protocol for the Transdiagnostic Prevention of Emotional Disorders: Evaluation of a Brief, Online Course for College Freshmen. *Behavioural Therapy*, 52(1), 64–76. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.01.010>
- Saez-Clarke, E., Grossman, R. y Ehrenreich-May, J. (2019). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales en niños y niñas. En J. Osma Lopez (coord.), *Aplicaciones del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de la disregulación emocional* (pp. 257–274). Alianza.
- Sandín, B. (2012). Transdiagnóstico y psicología clínica: Introducción al número monográfico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 181–184. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11838>
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Pineda, D., Espinosa, V., Magaz, M. y Chorot, P. (2020). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes a través de internet (iUP-A): Aplicación web y protocolo de un ensayo controlado aleatorizado [Internet-Delivered unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (iUP-A): Web Application and Study Protocol for a Randomized Controlled Trial]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24, 197–215. <https://doi.org/10.5944/rppc.26460>
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. y Segal, Z. V. (2002). Metacognitive Awareness and Prevention of Relapse in Depression: Empirical Evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275–287. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.2.275>
- Titov, N., Dear, B., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. y McEvoy, P. (2011). Transdiagnostic Internet Treatment for Anxiety and Depression: A Randomised Controlled Trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(8), 441–452. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.007>
- Unified Protocol Institute. (2021). *Questions & Answers. Workshop* (online). University of Boston.

Varkovitzky, R., Sherrill, A. y Reger, G. (2018). Effectiveness of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders among Veterans with Posttraumatic Stress Disorder: A Pilot Study. *Behavior Modification*, 42(2), 210–230. <https://doi.org/10.1177/0145445517724539>

World Health Organization. (2017). Depression and other Common Mental Disorders: Global Health estimates. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

Zemestani, M., Imani, M. y Ottaviani, C. (2017). A Preliminary Investigation on the Effectiveness of Unified and Transdiagnostic Cognitive Behavior Therapy for Patients with Comorbid Depression and Anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*, 10(2), 175–185. <https://doi.org/10.1521/ijct.2017.10.2.175>

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.

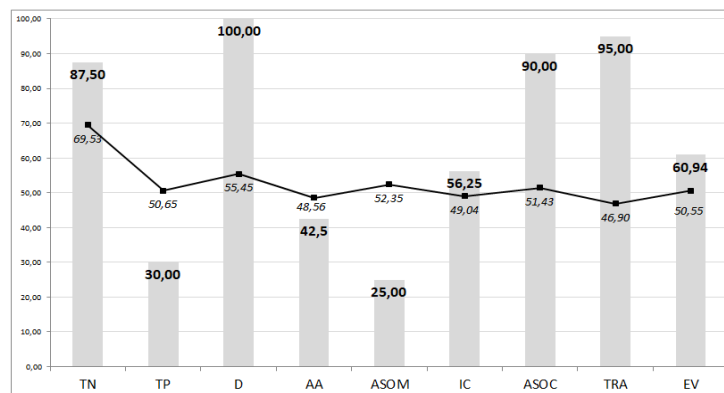
Diagnóstico categorial según criterios DSM-5 y dimensional según MEDI: Se asignó un diagnóstico principal de Episodio Depresivo Leve (F32.0), destacando ánimo depresivo superior a los dos meses, incremento de la fatiga y anhedonia del DSM-5 (APA, 2013). Respecto a las puntuaciones en el MEDI (véase Figura 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 (mucho 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.

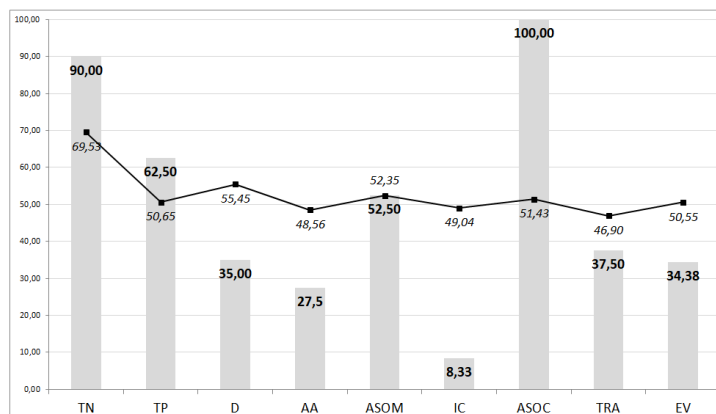
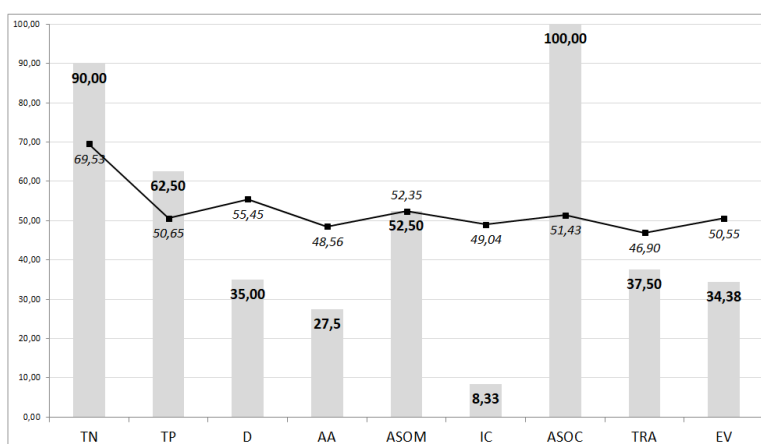


Figura 3.

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.

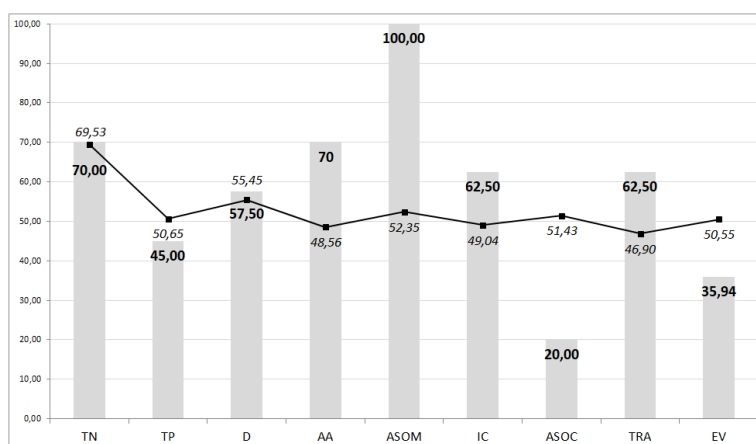
Aunque la participante ya apuntaba en la entrevista inicial su ansiedad ante las enfermedades como una fuente de preocupación, las altas puntuaciones obtenidas en esta dimensión con la evaluación por medio del MEDI, muestran también la necesidad de trabajar de forma más específica aquellas preocupaciones 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 síncope.

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.

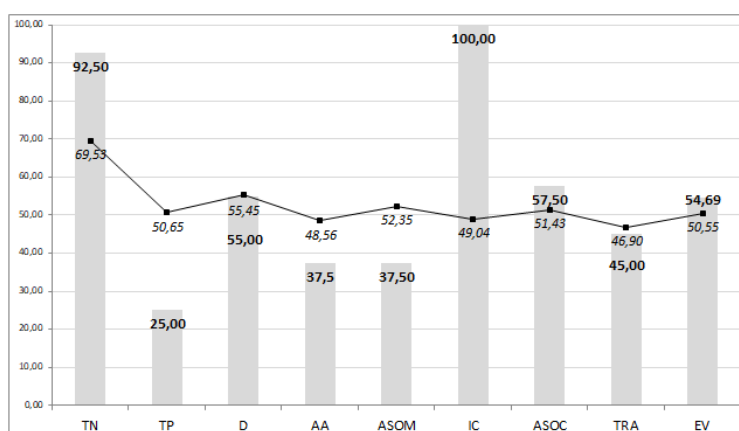
Diagnóstico categorial según criterios DSM-5 y dimensional según MEDI: Se le asignó un diagnóstico principal de Trastorno de Ansiedad por Enfermedad (F45.21), por cumplir criterios del DSM-5 (APA, 2013) como preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave y en su caso, al padecer una afección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

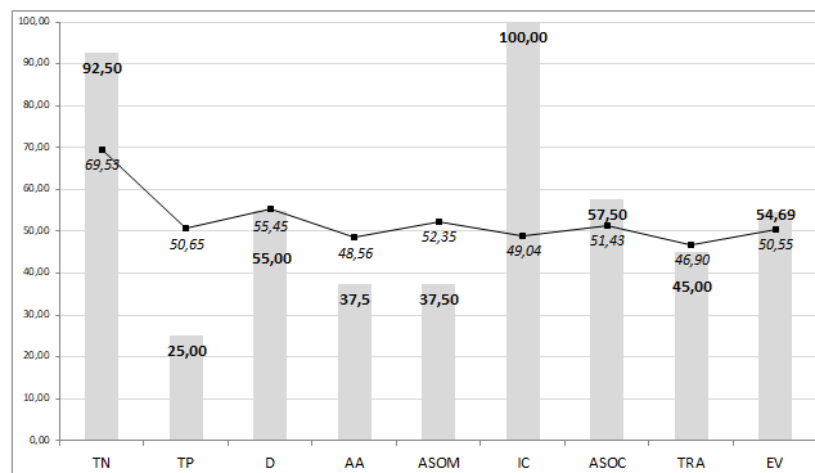
el participante manifestó dificultad para disfrutar y la presencia de un estado de ánimo deprimido “cuanto más feliz estoy (e.g., de viaje con pareja), peor estoy”. Alto nivel de perfeccionismo y dificultad para disfrutar y dejarse llevar: “Ha de estar todo perfecto para poder disfrutar”. Describe un 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.

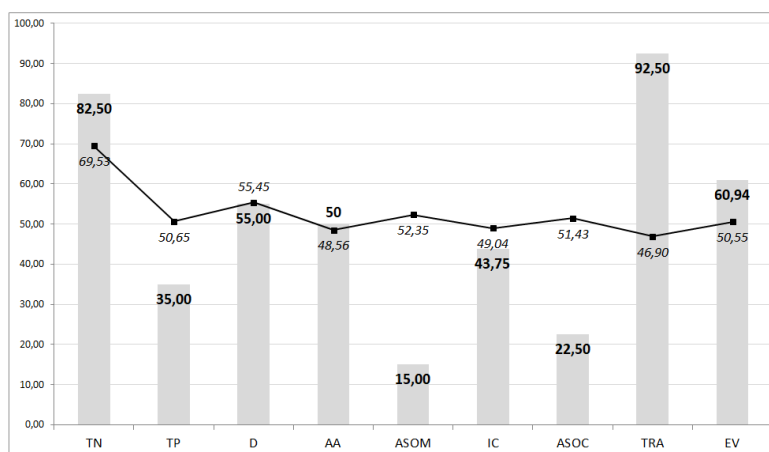
Diagnóstico categorial según criterios DSM-5 y dimensional según MEDI: A la participante 7 se le asignó un diagnóstico principal de Trastorno de Estrés Postraumático (F94.1), por cumplir con los siguientes criterios del DSM-5 (APA, 2013): experiencia directa de un suceso traumático que conlleva recuerdos 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 realizara 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 constricciones 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* (1ª ed.). Autor.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª ed.). Autor.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª 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* (2ª 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/cpsp.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* (3ª 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., Curren, 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). McGraw-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. Carrobbles (Eds.), *Manual de Psicopatología y Trastornos psicológicos* (pp. 93–124). Pirámide.
- World Health Organization. (2018). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11ª 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	Totamente 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 enfermarse
- 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 desagradables
- 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

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., Wöbeking 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 Wöbeking 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 (Antúñez 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 autocritica (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 (Isbăsoiu 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 Delgadillo 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) (Delgadillo 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 Delgadillo 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.
- Delgadillo, 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., Salaberria, 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-Marín, 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., Ruipérez, M. A., Pérez, 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., Ruipérez, 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.

APLICACIÓN DEL PROTOCOLO UNIFICADO PARA EL TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES EN CUIDADORES FAMILIARES DE ENFERMOS CON DEMENCIA

APPLICATION OF THE UNIFIED PROTOCOL FOR THE TRANSDIAGNOSTIC TREATMENT OF EMOTIONAL DISORDERS TO FAMILY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH DEMENTIA

IRENE LEÓN-CASAS¹ Y ÁLVARO RODRÍGUEZ-MORA^{1,2}

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

León-Casas, I. y Rodríguez-Mora, A. (2022). Aplicación del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en cuidadores familiares de enfermos con demencia [Application of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders to Family Caregivers of Patients with Dementia]. *Acción Psicológica*, 19(2), 45–62. <https://doi.org/10.5944/ap.19.2.37002>

Resumen

El cuidado informal de personas con demencia se configura como una fuente de estrés crónico para las personas cuidadoras. El Modelo Multidimensional de Agentes Estresantes de Pearlin sostiene que, además de sobrecarga, los cuidadores experimentan una sintomatología clínica variada y de carácter transversal

derivada de la labor de cuidado, destacando la depresión y la ansiedad como trastornos emocionales frecuentes. Aunque existen algunas intervenciones que muestran buenos resultados en el tratamiento de problemas clínicos concretos, resultan insuficientes para abordar simultáneamente la gran variedad clínica que acontece a los cuidadores. Así, se estima necesario explorar tratamientos eficaces para intervenir sobre la base transversal de la afectación emocional de este colectivo. Una propuesta sería el Protocolo Unificado para el

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Álvaro Rodríguez-Mora, Universidad de Cádiz, España. Instituto Universitario de Investigación para el Desarrollo Social Sostenible (INDESS).

Email: alvaro.rodriguez-mora@uca.es

ORCID: Álvaro Rodríguez-Mora (<https://orcid.org/0000-0003-1869-4840>).

¹ Universidad de Cádiz, España.

² Instituto Universitario de Investigación para el Desarrollo Social Sostenible (INDESS).

Recibido: 5 de julio de 2022.

Aceptado: 26 de noviembre de 2022.

tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales, diseñado por David Barlow, cuya razón de ser reside en el tratamiento de la base compartida y los procesos comunes de los trastornos emocionales.

Palabras clave: Protocolo Unificado Transdiagnóstico; cuidadores familiares; demencia; sobrecarga; comorbilidad.

Abstract

Informal care of people with dementia is a source of chronic stress for caregivers. Pearlin's Multidimensional Stressor Model argues that, in addition to overload, caregivers experience a variety of cross-cutting clinical symptomatology derived from caregiving, with depression and anxiety as frequent emotional disorders. Although there are some interventions that show good results in the treatment of specific clinical problems, they are insufficient to simultaneously address the great clinical variety that befalls caregivers. Thus, it is considered necessary to explore effective treatments to intervene on the transversal basis of the emotional affectation of this group. One proposal would be the Unified Protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders, designed by David Barlow, whose *raison d'être* lies in the treatment of the shared basis and common processes of emotional disorders.

Keywords: Unified Transdiagnostic Protocol; family caregivers; dementia; overload; comorbidity.

Introducción

El envejecimiento progresivo está incrementando la cantidad de personas con enfermedades crónicas degenerativas. Una de las más frecuentes son los denominados trastornos neurocognitivos mayores y menores (APA, 2014), o más conocidos como demencia. Estos tienen como consecuencia provocar una situación de dependencia en aquellas personas que la padecen (Villarejo Galende et al., 2021), lo que conlleva a precisar de atención y asistencia constante de un cuidador (Tokovska et al., 2022). Los cambios sociodemográficos, la introducción de nue-

vas estructuras familiares, el acceso de la mujer al mercado laboral, así como la dispersión geográfica, han puesto de manifiesto la relevancia de la figura del cuidador formal para desempeñar las funciones del cuidado de estas personas con demencia en situación de dependencia. Sin embargo, esto no se ha materializado plenamente, surgiendo la figura del cuidador familiar que habitualmente se ve obligado por las circunstancias a realizar unas funciones que desconoce por completo (Farina et al., 2017; Linares Cánovas et al., 2019). En la actualidad, los cuidadores familiares siguen siendo quienes se ocupan mayoritariamente de esta labor (Madruga, 2016). Estos cuidadores informales son conocidos como segundos pacientes invisibles, resultandos indispensables sus cuidados para velar por la calidad de vida de los primeros (Bueno-Arnau et al., 2018; Farina et al., 2017). Si la calidad de vida y/o el bienestar del cuidador se ven amenazados y/o alterados, directa o indirectamente también se verán afectados los de la persona enferma (Thomas et al., 2006).

El término de cuidado “informal” se define como aquella atención que proporcionan personas del entorno familiar más directo como familiares, amigos o vecinos (Bakker et al., 2013), desligadas de los servicios de atención profesionalizada hacia individuos en situación de dependencia generada por la demencia. Suele ejecutarse en la vivienda de la persona enferma o del propio cuidador, con la presencia de afectividad respecto a la persona dependiente y con el compromiso y la responsabilidad a largo plazo de la persona cuidadora frente a las labores de cuidado (Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol, 2012). Además, estas funciones de cuidado informal se llevan a cabo de manera altruista y no remunerada (Bakker et al., 2013; Cerquera Córdoba et al., 2016).

La situación de cuidado informal se presenta como una situación que genera altos niveles de estrés, suponiendo esto un desgaste a distintos niveles y un menoscabo de su calidad de vida (Bremer et al., 2015; Farina et al., 2017; Lindeza et al., 2020). El impacto del cuidado en el cuidador informal hace que vea mermadas sus áreas vitales, principalmente la familiar y la social (Alves et al., 2019; Farina et al., 2017; Lindeza et al., 2020; Villarejo Galende et al., 2021). Entre las consecuencias negativas más habituales son una alta frecuencia de carga y morbilidad psicológica, aislamiento social, enfermedades físicas y pro-

blemas económicos (Brodaty y Donkin, 2022). Esto se traduce en una sintomatología de carácter transversal como ansiedad, depresión o sobrecarga (Alltag et al., 2018; Gilhooly et al., 2016; Li et al., 2012; Rodríguez-Mora et al., 2022). Concretamente, la sobrecarga se describe como un impacto negativo sobre los ámbitos emocional, social, económico, físico y espiritual, derivado de las limitaciones sociales, el trabajo físico y emocional que supone el rol de cuidador. Se le conoce como sobrecarga del cuidador o “síndrome del cuidador” (Zarit et al., 1980). Además, en la sobrecarga influyen otros aspectos como no recibir remuneración económica, no siempre disponer del apoyo necesario para abordar esta tarea, y tener otros roles y responsabilidades vitales además de cuidar a la persona dependiente o con demencia.

Asimismo, el rol de cuidador no se limita únicamente al trato directo con el familiar enfermo, sino que este también incluye el resto de tareas asociadas como prever necesidades futuras, o controlar y supervisar dichas funciones (Farina et al., 2017; Reyes Téllez y García, 2021). Además del estrés que generan las tareas de cuidados en sí mismo, la percepción de esas tareas y funciones también lo provocan, haciendo que la relevancia de estas situaciones explica que el bienestar emocional de las personas cuidadoras se vea comprometido (Rodríguez-Mora et al., 2022). En esta línea, se distinguen dos tipos de sobrecarga: (a) objetiva, derivada directamente de la labor de cuidado, y (b) subjetiva, referida a la percepción, valoración e interpretación que el cuidador hace de la labor de cuidado, así como de su capacidad de afrontamiento; emociones, actitudes y pensamientos (Crespo y Rivas, 2015; Platt y Hirsch, 1981).

Estrés del cuidado

El modelo de estrés aplicado al cuidado que explica esta situación es el modelo multidimensional de agentes estresantes de Pearlin (1990). Se trata de un modelo transaccional del estrés que se compone de cuatro dominios: antecedentes y contexto del cuidado, estresores primarios y secundarios, mediadores del estrés y manifestaciones del estrés. El cuarto dominio es el que hace alusión a la diversidad clínica que padecen los cuidadores familiares. Concretamente, el modelo de Pearlin destaca la depresión y la ansiedad como las patologías resultantes más fre-

cuentes del estrés derivado del cuidado familiar, aunque, además los cuidadores experimentan sobrecarga y una sintomatología clínica variada y de carácter transversal derivada del desempeño de la labor de cuidado. Por su parte, el dominio “mediadores del estrés” que hacen referencia al apoyo social y a las estrategias de afrontamiento del cuidador familiar. Estas estrategias, junto a la resiliencia, han resultado ser eficientes para reducir el impacto negativo que la labor de cuidado tiene sobre la salud del cuidador (Cerquera Córdoba y Pabón Poches, 2016; Gilhooly et al., 2016; Li et al., 2012; Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol, 2012; Teahan et al., 2018). Sin embargo, estas variables protectoras y/o moduladoras no parecen resultar suficientes para paliar toda esta sintomatología que tiene elementos transversales (Pearlin et al., 1990; Sallim et al., 2015; Yildizhan et al., 2019). Por tanto, es necesario indagar sobre nuevas estrategias y tratamientos eficaces para intervenir en dicha sintomatología.

Variabilidad clínica transversal

Respecto a la diversidad clínica, además de la ansiedad, la depresión, y la sobrecarga, en función de las características del cuidado, cuidador y persona que recibe el cuidado los estudios sugieren que las diferentes dificultades que implica el cuidado informal impactan negativamente sobre la calidad de vida de los cuidadores, originando una gran variedad de sintomatología clínica muy variada, como irritabilidad, ideas paranoides, ideas suicidas, obsesiones, hipocondría, problemas de sueño, disfunciones cognitivas, dificultades sexuales, sentimiento de culpa, impotencia o estoicismo (Cerquera Córdoba et al., 2012; Cerquera Córdoba y Galvis Aparicio, 2014; Connell et al., 2001; Martínez Cortés et al., 2021; Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol, 2012). Es común en estos cuidadores un bajo afecto positivo y dificultad en la regulación emocional, donde predominan la rumiación, la supresión emocional, la ocultación, negación y/o la ignorancia de las emociones intensas (Alves et al., 2019; Brown y Barlow, 2009; Lindeza et al., 2020).

En definitiva, el cuidado informal de personas con demencia da lugar a una sintomatología variada y transversal en el cuidador que afecta a todas las esferas de la vida de este. Esta sobrecarga que sufre el cuidador repercute también en el desempeño óptimo de las tareas de cuidado, e

indirectamente, en la persona cuidada (Lindeza et al., 2020).

Por su parte, la comorbilidad es un fenómeno psicopatológico frecuente que determina que la sintomatología clínica de salud mental puede compartir procesos patológicos centrales comunes o transdiagnósticos (Barrera-Caballero et al., 2021). Por esto surge el enfoque transdiagnóstico, con el objetivo de detectar procesos "cognitivos-conductuales" que son transversales y compartidos en un gran abanico de estados depresivos y de ansiedad. Estos estados alcanzan altas tasas de comorbilidad, y existe una etiología común para desarrollar depresión, ansiedad y otros trastornos emocionales relacionados (Allen et al., 2008). Estos se describen como un déficit en las estrategias de regulación de las emociones que provoca experimentar emociones de forma intensa, y/o incómodas, y contribuye al mantenimiento de los síntomas (Barlow et al., 2018). Como se ha justificado anteriormente, los trastornos emocionales son frecuentes en los cuidadores familiares informales, presentando una alta comorbilidad. Por lo tanto, se hace necesario disponer de intervenciones transdiagnósticas que aborden los procesos psicopatológicos comunes a dichos trastornos emocionales.

Tratamientos e intervenciones existentes enfocados a reducir el malestar del cuidador informal

Entre las intervenciones habituales que se han llevado a cabo a lo largo de las últimas décadas con los cuidadores informales de personas con demencia (Cheng et al., 2020; Martín-Carrasco et al., 2014; Pinquart y Sörensen, 2006) destacan: la psicoeducación o programas psicoeducativos, resultando eficaz principalmente en la autoeficacia y los síntomas depresivos y la sobrecarga (Vandepitte et al., 2016); los grupos de autoayuda, que aumentan los conocimientos sobre la enfermedad y las habilidades de afrontamiento, reducen el agotamiento emocional, la sobrecarga, y aumentan el bienestar de los cuidadores familiares (Chien et al., 2011; Schüz et al., 2015); el asesoramiento psicológico y la psicoterapia, indicados para reducir los síntomas ansiosos, depresivos, así como los pensamientos disfuncionales y la evitación (Losada et al., 2015); el mindfulness, resultando eficaz en reducir el estrés y los

síntomas depresivos (Bustillo et al., 2018; Hou et al., 2014); las intervenciones multicomponente, eficaces para reducir la sobrecarga y los síntomas depresivos (Vandepitte et al., 2016); y las intervenciones diversas, cuyas evidencias de eficacia no son concluyentes (Wang et al., 2017). Por otra parte, la Terapia de Búsqueda de Beneficios (BFT), la cual aúna la reestructuración cognitiva y la psicoeducación para el tratamiento de la depresión y la sobrecarga, parece también resultar eficaz (Martínez Cortés et al., 2021). Habitualmente los tratamientos de los cuidadores informales siguen la estrategia de aplicar distintos tipos de intervenciones con la intención de abordar aquellos aspectos que generan malestar al cuidador, más que enfocados a trabajar los síntomas que presentan. Este tipo de estrategia de emplear varios tipos de intervenciones presenta la limitación de tener un mayor coste de tiempo para los cuidadores, además de no incidir de forma directa en la sintomatología concreta de cada caso. Por tanto, aunque estas intervenciones presentan una eficacia contrastada en problemas clínicos concretos, desatienden tanto la heterogeneidad de los casos, así como la comorbilidad entre la sintomatología depresiva y ansiosa. Recientemente, y para abordar esta limitación, la intervención modular guiada por el análisis funcional (FAMI), plantea una intervención individualizada basándose en el análisis funcional de cada caso (Márquez-González et al., 2020). Aun así, al igual que en las intervenciones anteriores, a pesar de tener una eficacia contrastada, actualmente se consideran insuficientes para tratar la gran variedad clínica que presentan los cuidadores (Cheng et al., 2020). Por tanto, resulta necesario explorar otras posibilidades de tratamientos que resulten útiles a la hora de intervenir sobre la base transversal de la afectación emocional de los cuidadores familiares. Es por ello que este trabajo propone abordar esta limitación aplicando el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU; Barlow et al., 2018).

Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU)

El PU es un programa breve, altamente estructurado y de sencilla aplicación. Su fundamento teórico reside en el tratamiento de la base compartida y los procesos comunes

de los trastornos emocionales, los cuales siguiendo a Bullis et al. (2019) se caracterizan por: (a) experimentar emociones negativas frecuentes e intensas; (b) reaccionar de forma aversiva a la experiencia emocional que está impulsada por la disminución del sentido de control del sujeto y la valoración negativa de la emoción; y (c) realizar esfuerzos para amortiguar, escapar o evitar la experiencia emocional, ya sea de forma preventiva o como reacción a la aparición de un estado emocional negativo.

Aludiendo al origen del PU, cabe destacar que éste se basa en una concepción dimensional de la psicopatología, integrando el enfoque categorial. Se desarrolla en respuesta a las carencias que presentaban otros protocolos para el tratamiento de trastornos específicos. Dichos tratamientos, no contemplan la alta comorbilidad existente entre distintos trastornos, como son los ansiosos y depresivos y los costes directos e indirectos derivados de dicha comorbilidad. Así, una de las ventajas del PU respecto a otros protocolos de tratamiento reside en su capacidad para tratar simultáneamente diferentes trastornos comórbidos (Barlow et al., 2017).

Respecto a la naturaleza del PU resulta relevante señalar que éste condensa e incorpora los principios comunes de los tratamientos empíricamente avalados, principalmente de la Teoría Cognitivo Conductual (Arrigoni et al., 2021; Sandín et al., 2019). Trabaja sobre ocho módulos terapéuticos, de los cuales cinco se consideran centrales, que consisten en: fomentar la conciencia emocional mediante atención plena; reevaluar las interpretaciones negativas automáticas; modificar las conductas emocionales; aumentar la conciencia y la tolerancia de las sensaciones físicas; y, la exposición a experiencias emocionales (Barlow et al., 2018).

Respecto a su eficacia, los estudios concluyen que se trata de una intervención efectiva basada en la regulación emocional para una amplia gama de psicopatologías internalizantes (Carlucci et al., 2021; Cassiello-Robbins et al., 2020; Sakiris y Berle, 2019).

El PU se ha aplicado en contextos académicos, obteniendo resultados satisfactorios tras su aplicación (Arrigoni et al., 2021; Bentley et al., 2018; Castro-Camacho et al., 2022; Sauer-Zavala et al., 2021). Otros colectivos en

los que se ha aplicado con resultados prometedores o esperanzadores son: personas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP; Sauer-Zavala et al., 2016), en población argentina (Grill et al., 2017), población con trastornos internalizantes (Sakiris y Berle, 2019), y/o en pacientes postcirugía bariátrica (Ferrerres-Galán et al., 2022).

Tras realizar una búsqueda exhaustiva de bibliografía científica actualizada sobre la aplicación del PU en cuidadores tanto informales como formales, no se han encontrado resultados en la literatura al respecto. Su posible aplicación en los cuidadores informales de personas con demencia dependientes se justificaría considerando que: (1) dichos cuidadores presentan trastornos emocionales comórbidos y sintomatología clínica variada de naturaleza transversal; (2) que el PU está diseñado específicamente para intervenir en casos donde se presenta comorbilidad de varios trastornos emocionales; y (3) ha sido demostrada su eficacia en otros colectivos con sintomatología similar, por lo que se prevé que la aplicación del PU a esta población puede reportar resultados satisfactorios. Por lo tanto, este trabajo examinará la viabilidad de la aplicación del PU para comprobar sus efectos sobre los cuidadores informales de enfermos con demencia. Más concretamente, los objetivos de este trabajo son: (a) describir el PU y los instrumentos de evaluación; (b) justificar la idoneidad de la aplicación del PU a los cuidadores informales de enfermos con demencia; y (c) probar la integridad del protocolo de estudio para una futura intervención.

Método

Se llevará a cabo un estudio cuasi-experimental, con la selección de la muestra por conveniencia.

Destinatarios

Los participantes serán familiares cuidadores principales que se caracterizan por presentar estrategias de afrontamiento emocionales desadaptativas y dificultades en el manejo emocional en situaciones de cuidados. A continuación, se detallan los criterios de inclusión y exclusión que deben cumplir los participantes:

Criterios de inclusión: (a) Cuidar de forma continuada a un familiar con demencia (diagnóstico de demencia/neurocognitivo confirmado) o pueda identificarse como cuidador principal informal; (b) diagnóstico de trastorno emocional comórbido (trastornos de ansiedad, del estado de ánimo unipolar o relacionados); y (c) Presencia de sobrecarga.

Criterios de inclusión: (a) No ser cuidador principal o compartir los cuidados de la persona dependiente con demencia; (b) Presencia de otros trastornos psicológicos como depresión mayor con rasgos psicóticos; psicosis; antecedentes de esquizofrenia a lo largo de la vida; trastorno bipolar, síndrome cerebral orgánico o retraso mental; abuso de alcohol o sustancias en el último año; y (c) cuidadores formales.

Los cuidadores serán reclutados en las asociaciones de familiares de enfermos con demencia. Se pedirá a las asociaciones divulgar el proyecto de intervención entre los cuidadores informales pidiendo su participación. De aquellos cuidadores interesados, se analizará si cumplen los criterios de elegibilidad para participar en el proyecto. Los que cumplan dichos criterios serán asignados al grupo de intervención.

Se ha calculado mediante programa G*Power 3.1.9.7. que se necesita una muestra de 45 participantes.

Tomando como punto de partida las circunstancias en las que se encuentran los cuidadores informales (baja disponibilidad de tiempo, sobrecarga derivada del cuidado y escaso apoyo para desempeñar las labores de cuidado), así como las condiciones establecidas para la aplicación del PU, el programa de tratamiento se compondrá de 8 sesiones de 50-60 minutos aproximadamente cada sesión. Se plantea una periodicidad semanal al principio y bisemanal al final (en función de la evolución de los cuidadores). En cada asociación se establecerán los grupos necesarios en función de la demanda de cuidadores que quieran asistir. El desarrollo de las sesiones terapéuticas se realizará en las distintas asociaciones.

Instrumento de evaluación

El protocolo de evaluación partiría de los siguientes instrumentos.

Figura 1.

Instrumentos de evaluación

Medidas primarias
Entrevista diagnóstica Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5, Adult Version (ADIS-5; Brown y Barlow, 2014).
Escala de Sobrecarga de Zarit (ZBI; Martín et al., 1996).
Inventario de Depresión de Beck (BDI; Sanz y Vázquez, 2011).
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck y Steer, 2011).
Inventario Multidimensional para los Trastornos Emocionales (MEDI; Osma et al., 2021).
Medidas secundarias
Escala Global de gravedad e interferencia de la ansiedad (OASIS; Osma et al., 2019).
Escala Global de gravedad e interferencia de la depresión (ODSIS; Osma et al., 2019).
Inventario de Situaciones Potencialmente Estresantes (ISPE; Muela Martínez et al., 2002).
Índice de Calidad de Vida (Mezzich et al., 2000).

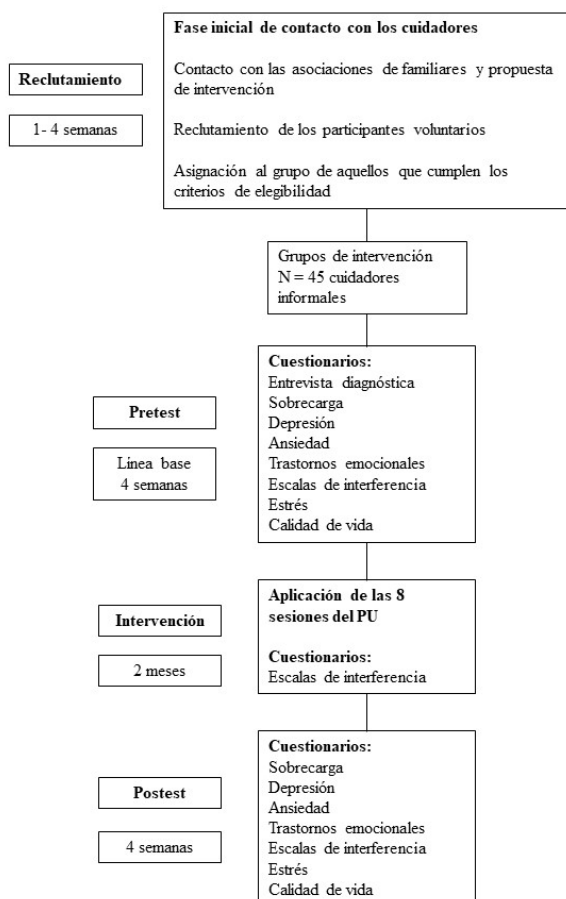
Además, se incluirá un cuestionario sociodemográfico ad hoc con las siguientes variables (sexo, edad, estado civil, nivel educacional, tiempo de cuidado), y con las siguientes variables relacionadas con el cuidado (sexo y edad de la persona receptora de los cuidados, tipo de demencia, fase de la demencia). Los instrumentos de evaluación se aplicarán al comenzar y finalizar la intervención, y en los seguimientos establecidos (se establecen seguimientos a los 3, 6 y 12 meses).

Procedimiento

Los grupos estarán formados por seis/ocho cuidadores, un terapeuta y un coterapeuta. Los terapeutas deberán estar formados y poseer experiencia en los principios del enfoque transdiagnóstico y concretamente en el PU. La duración de las sesiones será de 90 minutos, aplicándose una sesión semanal.

Figura 2

Descripción general del diseño del estudio y sus componentes



Aplicación del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU) a cuidadores informales de personas con demencia

EL PU se aplicaría de forma grupal y presencial a los cuidadores informales, ya que como señalan Barlow et al. (2017) y Grill et al. (2017), el grado de satisfacción de las personas a las que se les aplicó el PU en formato grupal es equiparable al de aquellas a quienes se les aplicó en for-

mato individual. Asimismo, aludiendo a los beneficios que reporta en eficacia y satisfacción los grupos de autoayuda en este colectivo (Chien et al., 2011), además de la posibilidad de atender a un mayor número de cuidadores, y la reducción de costes y tiempo, resulta oportuno aplicar el PU en formato grupal de forma presencial.

Los contenidos que se pretenden trabajar en la adaptación del PU a los cuidadores familiares son aquellos módulos que conforman la base de este, propuestos por Barlow et al. (2018).

Descripción de la intervención

La estructura general de las sesiones sería la siguiente, tomando como referencia el PU (Barlow et al., 2018), se presenta la siguiente propuesta de intervención:

Tabla 1.

Descripción de los módulos de tratamiento

<i>Establecer metas y mantener la atención</i>	Ajuste de las expectativas: cambios emocionales y regulación emocional durante el tiempo de cuidado.	Este módulo se adapta para hablar de la regulación de las emociones durante el proceso de cuidado, así como de los cambios emocionales que se producen en función de cada etapa de la enfermedad de la persona cuidada. Por último, se trabajan las expectativas del PU y los mitos sobre el cuidado.
<i>Entendiendo las emociones</i>	Análisis de la experiencia emocional.	Se aplica el módulo según el original del PU. Psicoeducación sobre las emociones relacionadas con el proceso de cuidado.
<i>Conciencia emocional plena</i>	Atención en el momento presente, para favorecer el cambio.	Se aplica el módulo según el original del PU.

<i>Flexibilidad cognitiva</i>	Preocupaciones, dudas y miedos del cuidado.	Se trabajan los pensamientos enseñando a los cuidadores a identificar patrones de pensamiento inadaptados y a ser más flexibles con pensamientos sobre sus funciones como cuidador.
<i>Contrarrestar conductas emocionales.</i>	Identificar acciones que realizan para controlar y/o evitar emociones intensas o incómodas, realizando un comportamiento guiado por objetivos y valores.	Se planifican algunos comportamientos basados en los valores para ser usados cuando las emociones sean intensas. Esto les permitirá continuar con sus objetivos personales.
<i>Sensaciones físicas</i>	Manejar de forma adaptativa la experimentación de sensaciones físicas desagradables asociadas con experiencias emocionales intensas.	Se aplica el módulo según el original del PU.

Primera sesión. Mejorar la motivación y el compromiso con el tratamiento.

La primera sesión comenzaría con la presentación del psicólogo/a que llevaría a cabo las sesiones y los miembros de grupo. El objetivo de esta sesión pretende que los cuidadores se comprometan con el tratamiento debido a las limitaciones de tiempo que tienen. Para ello, es necesario establecer los objetivos del tratamiento y promover que los cuidadores informales sean conscientes de que la motivación variará durante el proceso muy influenciado por las fluctuaciones del cuidado. El desarrollo de la sesión conllevaría: (1) Explicación de la necesidad de cohesión de grupo y del tratamiento; (2) Definir los objetivos de tratamiento describiéndose de forma clara, y realista; así delimitar los pasos a seguir, fraccionando los objetivos

en metas intermedias y a largo plazo; (3) Sopesar las ventajas y los inconvenientes de cambiar o de seguir actuando de la misma manera. Así se optimiza la preparación y la motivación para el cambio de conductas desadaptativas de los cuidadores; (4) Indicar el papel proactivo que deben tener los cuidadores informales para que el tratamiento resulte efectivo; (5) Se enviará como tarea para casa rellenar los instrumentos OASIS, ODSIS, así como el registro de progreso.

Segunda sesión. Entendiendo las emociones

En esta segunda sesión se trabajará: (1) Resumen de la sesión anterior, y tareas para casa enviadas analizando dudas y cuestiones que hayan surgido; (2) Aplicar psicoeducación sobre la naturaleza de las emociones implicadas en el proceso del cuidado. Se explicará a los cuidadores cuáles son y para qué sirven (su funcionalidad) las emociones primarias y se les invitará a reflexionar sobre su propia experiencia emocional. Qué reacciones emocionales han generado a partir de la experiencia del cuidado, y como se han mantenido a lo largo del tiempo debido a las leyes del aprendizaje. Además, se hablará sobre los tres componentes de las experiencias emocionales: fisiológico, cognitivo y conductual; así como de las posibles variables mantenedoras. Se hará hincapié en la importancia de todas las emociones dado que cada una de ellas desempeña una función necesaria independientemente de si son placenteras o no. Asimismo, se pretende capacitar a los cuidadores para reconocer y registrar sus experiencias emocionales relacionadas con el cuidado; (3) Una vez afianzados los tres componentes de las emociones, se trabajará con los cuidadores el análisis de las respuestas emocionales a través del ARCO de las emociones, ayudándoles a identificar los antecedentes o desencadenantes y las consecuencias (a corto y largo plazo) de las respuestas emocionales; (4) Se enviará como tarea para casa rellenar los instrumentos OASIS, ODSIS, así como el registro ARCO.

Tercera sesión. Entrenamiento en concienciación emocional: aprendiendo a observar las experiencias

La tercera sesión consistirá en: (1) Resumen de la sesión anterior, y tareas para casa enviadas analizando dudas

y cuestiones que hayan surgido; (2) Introducir a los cuidadores en las técnicas de mindfulness mediante psicoeducación y una demostración práctica de meditación en sesión; (3) Aproximarse a las emociones primarias sin juzgarlas; así como en la necesidad de centrarse y reorientar la conciencia y la atención al momento presente cuando surjan las reacciones secundarias a las emociones primarias; (4) Se indicará como tareas para casa practicar la meditación, rellenar el registro de mindfulness y las escalas OASIS y ODSIS.

Cuarta sesión. La evaluación y reevaluación cognitiva

Esta sesión tiene como objetivo sentar las bases de la flexibilidad cognitiva, la importancia de los pensamientos y los errores de pensamiento mediante psicoeducación y la generación de nuevas interpretaciones. Asimismo, la sesión servirá para aprender a generar pensamientos alternativos, poner en práctica la flexibilidad cognitiva y trabajar los pensamientos automáticos centrales. Se llevará a cabo de la siguiente forma: (1) Resumen de la sesión anterior, y tareas para casa enviadas analizando dudas y cuestiones que hayan surgido; (2) Se proporciona información a los cuidadores sobre la flexibilidad cognitiva, poniendo la importancia sobre la necesidad de realizar una lectura distinta de los eventos o circunstancias que provocan emociones para reaccionar de manera más funcional. Además, se debe señalar el papel de los pensamientos y las interpretaciones en el estado de ánimo y viceversa, siendo conveniente hacer uso de ejemplos. Se realiza el ejercicio de la “escena ambigua” para trabajar la interpretación; (3) Abordar los errores de pensamiento, explicando que son los que obstaculizan la tarea de realizar interpretaciones diferentes o contemplar las circunstancias en las que se produce; y, se deben destacar los errores más importantes: sobreestimar la probabilidad y pensar en lo peor (catastrofizar). Se alienta a los cuidadores a que busquen certezas que avalen los pensamientos centrales alternativos que han generado ellos mismos; (4) Buscar pensamientos alternativos ante emociones displacenteras, aclarándole de antemano que el objetivo no consiste en sustituir pensamientos negativos por positivos, ni en suprimir los primeros, sino en que convivan distintas interpretaciones; así como que se trata de un proceso que requiere paciencia y dedicación. Para llevar a cabo esta actividad se utilizarán las preguntas

del registro Practicando la flexibilidad cognitiva; (5) Se indicará como tareas para casa el registro de pensamientos y las escalas OASIS y ODSIS.

Quinta sesión. Evitación emocional de conductas impulsadas por la emoción (CIE)

Esta sesión tiene como objetivo proporcionar información a los cuidadores sobre las conductas emocionales y el papel de la evitación en el mantenimiento de los trastornos emocionales. La sesión quinta se llevará a cabo de la siguiente forma: (1) Resumen de la sesión anterior, y tareas para casa enviadas analizando dudas y cuestiones que hayan surgido; (2) Psicoeducación sobre las conductas de evitación emocional, explicando que son las conductas que se usan para controlar o no experimentar emociones intensas, y su implicación en el mantenimiento de los problemas a largo plazo; (3) Explicar la importancia de evaluar las consecuencias a corto y largo plazo tanto de las conductas emocionales como de las conductas alternativas u opuestas; (4) Identificar por parte del cuidador las estrategias de evitación emocional que posee o que utiliza con mayor frecuencia; (5) Se indicará como tareas para casa las escalas OASIS y ODSIS y el registro de conductas emocionales.

Sexta sesión. Conciencia y tolerancia de las sensaciones físicas

En esta sexta sesión se abordarán las interpretaciones negativas de las sensaciones físicas; identificando las más desadaptativas para los cuidadores. La sesión se desarrollará de la siguiente forma: (1) Psicoeducación sobre los efectos que tiene la interpretación negativa de las sensaciones físicas en el incremento de la experiencia emocional, de la preocupación por sus sensaciones, de la hipervigilancia y de la sensibilidad a las mismas; (2) Aplicar ejercicio de exposición interoceptiva para desarrollar una mayor tolerancia a estas reacciones de forma progresiva; (3) Se indicará como tareas para casa la exposición a las sensaciones físicas desagradables o temidas y las escalas OASIS y ODSIS.

Séptima sesión. Exposición emocional interoceptiva y situacional

En esta sesión se pretende inducir emociones intensas con el objetivo de que los cuidadores ensayen lo trabajado en los módulos anteriores. Se desarrollará de la siguiente forma: (1) Psicoeducación sobre las exposiciones emocionales, señalando que con ellas se persigue aumentar su tolerancia a las emociones desagradables e intensas realizando así conductas más adaptativas; (2) Elaboración de jerarquía de evitación emocional a situaciones del cuidado con exposición gradual; (3) Trabajar la exposición, la interpretación emocional con los cuidadores, discutiendo los pensamientos automáticos negativos asociados a la misma y barajando otras opciones; (4) Aplicar la exposición fuera de sesión. Explicar a los cuidadores la necesidad de practicar fuera de la sesión todo lo aprendido en terapia, para que adquieran autonomía y puedan aplicar los aprendizajes en su vida cotidiana; (5) Se indicará como tareas para casa rellenar el OASIS y ODSIS, así como el registro práctica de exposiciones emocionales.

Octava sesión. Mantenimiento y prevención de recaídas

Finalmente, una vez concluidos todas las sesiones se trabajarán los siguientes aspectos: (a) Repasar las estrategias aprendidas en las sesiones; (b) Analizar la evolución de los cuidadores mediante el Registro de objetivos de tratamiento y el de evaluación del progreso; (c) Anticiparse a las adversidades recordando a los cuidadores que es normal que en algún momento presenten oscilaciones emocionales pero que disponen de las herramientas necesarias para hacerse cargo; (d) Alentar a seguir practicando lo trabajado utilizando el Plan de práctica; (e) Fijar metas a largo plazo y los medios para lograrlas usando el Registro de objetivos del tratamiento y el Plan de práctica; y (f) Finalizar el tratamiento y resolver problemas haciendo hincapié en todo lo que han logrado, puesto que en algunas ocasiones se desarrollan crisis cuando se llega al final.

Análisis de datos

Se realizarán en primer lugar análisis descriptivos de las variables sociodemográficas establecidas para obtener

un perfil de los participantes. En segundo lugar, se realizará una comparación de medias entre la evaluación pre y post para determinar diferencias significativas tras la aplicación del PU, así como en los seguimientos.

Se analizará el tamaño del efecto mediante el estadístico *d* de Cohen (Cohen, 2013).

Conclusiones

En este trabajo se describe la justificación y el diseño de un estudio para desarrollar, implementar y evaluar la adecuación de aplicar el PU como tratamiento psicológico alternativo a los cuidadores informales de personas con demencia, basado en los mecanismos funcionales responsables del desarrollo y mantenimientos de los trastornos emocionales. Por tanto, no solo es necesario evaluar si la aplicación del PU como intervención alternativa a los tratamientos actuales produce los efectos deseados, sino que, además, la intención es valorar si dicha intervención es o no factible y sostenible.

Como se ha mencionado, cada cuidador desarrolla una psicopatología y posibles trastornos psicológicos comórbidos de forma muy específica. Las intervenciones tradicionales que se aplican resultan eficaces, aunque no parecen ser suficientes. Asimismo, sabemos también que enfocado en el estrés y sobrecarga, el apoyo emocional y las estrategias centradas en la solución de problemas se han mostrado eficaces, pero en estas variables moduladoras del estrés no se recogen estrategias de gestión emocional.

Es por ello, que el PU abordaría esta limitación en las intervenciones, siendo un tratamiento alternativo o complementario al apoyo emocional y las estrategias de afrontamiento. El PU al trabajar de forma transversal, mediante la reevaluación de las interpretaciones negativas automáticas, o aumentando la conciencia y la tolerancia de las sensaciones físicas permitiría intervenir reduciendo los mecanismos compartidos. El PU sería una herramienta idónea para intervenir en el alto afecto negativo de los cuidadores. El PU parece adecuado para fomentar la conciencia emocional mediante la aplicación de técnicas como mindfulness, la modificación de las conductas emocionales que surgen ante el proceso de cuidar, así como para

incrementar la tolerancia y aceptación de las experiencias emocionales principalmente desadaptativas.

Asimismo, el PU ofrecería a los cuidadores informales de estrategias de afrontamiento para abordar de manera más funcional las situaciones propias del cuidado que le generan emociones displacenteras, sin la necesidad de aplicar varios programas de intervención en función de los trastornos presentes en los cuidadores, con la reducción de tiempo en los procesos terapéuticos que ello supondría en el beneficio de los cuidadores informales.

En definitiva, ante la diversidad y heterogeneidad de psicopatología y trastornos comórbidos, el PU al trabajar de forma transversal, se abordaría dicha sintomatología independientemente del trastorno comórbidos parece ser una herramienta idónea porque reduciría los tratamientos específicos para cada trastorno o sintomatología concreta ahorrando costes de tiempo.

Por otra parte, este trabajo muestra que la adaptación del PU a cuidadores familiares de enfermos con demencia sería una aportación novedosa para el ámbito de la investigación en psicología en el tratamiento de este colectivo.

El PU ofrecería unas sesiones concretas en su programa estándar que una vez implantado, además de evaluar su eficacia en dicho colectivo. Esta adaptación permitiría acortar sesiones si fuese necesario sin perder su eficacia como se hace con otros colectivos concretos.

Por otra parte, es necesario comentar que la aplicación del PU no se plantea como una intervención alternativa excluyente a los tratamientos tradicionales (programas de psicoeducación, grupos de autoayuda, asesoramiento psicológico o TCC). La intención de este proyecto es plantear la posibilidad de ofrecer una alternativa de intervención que abarque la sintomatología que estos tratamientos no abordan o no de forma tan eficaz. Asimismo, supondría una importante alternativa de intervención en el contexto del cuidado informal si se demostrara su idoneidad y posterior eficacia.

Referencias

- Allen, L. B., McHugh, R. K. y Barlow, D. H. (2008). Emotional Disorders: A Unified Protocol. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological disorders: A step-by-step Treatment Manual* (pp. 216–249). The Guilford Press.
- Alltag, S., Conrad, I. y Riedel-Heller, S. G. (2018). Pflegebelastungen bei älteren Angehörigen von Demenz-erkrankten und deren Einfluss auf die Lebensqualität. Eine systematische Literaturübersicht [Caregiver Burden among Older Informal Caregivers of Patients with Dementia and its Influence on Quality of Life: A Systematic Literature Review]. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, 52(5), 477–486. <https://doi.org/10.1007/s00391-018-1424-6>
- Alves, L. C. S., Monteiro, D. Q., Bento, S. R., Hayashi, V. D., Pelegrini, L. N. C. y Vale, F. A. C. (2019). Burnout Syndrome in Informal Caregivers of Older Adults with Dementia: A Systematic Review. *Dementia & Neuropsychologia*, 13(4), 415–421. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-040008>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5ª ed.) [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders]*. Autor.
- Arrigoni, F., Marchena Consejero, E. y Navarro Guzmán, J. (2021). Aplicación y evaluación de la eficacia del Protocolo Unificado con estudiantes universitarios españoles [Application and Evaluation of the Efficacy of the Unified Transdiagnostic Protocol with Spanish College Students]. *Revista Costarricense de Psicología*, 40(2), 149–169. <https://doi.org/10.22544/rcps.v40i02.05>
- Bakker, C., de Vugt, M. E., van Vliet, D., Verhey, F. R. J., Pijnenburg, Y. A., Vernooij-Dassen, M. J. F. J. y Koopmans, R. T. C. M. (2013). The Use of Formal and Informal Care in Early onset Dementia:

- Results from the NeedYD study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(1), 37–45. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.10.004>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R. y Boswell, J. F. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared with Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875–884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray Latin, H., Ellard, K., Bullis, J., Bentley, K., Boettcher, H. y Cassiello-Robbins, C. (2019b). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales: Manual del terapeuta [Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorder: Workbook]* (Trad. J. J. Osma López y E. Crespo Delgado; 2ª ed. rev y act.). Alianza.
- Barrera-Caballero, S., Romero-Moreno, R., del Sequeros Pedroso-Chaparro, M., Olmos, R., Vara-García, C., Gallego-Alberto, L., Cabrera, I., Márquez-González, M., Olazarán, J. y Losada-Baltar, A. (2021). Stress, Cognitive Fusion, and Comorbid Depressive and Anxiety Symptomatology in Dementia Caregivers. *Psychology and Aging*, 36(5), 667–676. <https://doi.org/10.1037/pag0000624>
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (2011). *BAI: Inventario de ansiedad de Beck [Beck Anxiety Inventory (BAI)]*. Pearson.
- Bentley, K. H., Boettcher, H., Bullis, J. R., Carl, J. R., Conklin, L. R., Sauer-Zavala, S., Pierre-Louis, C., Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2018). Development of a Single-session, Transdiagnostic Preventive Intervention for Young Adults at Risk for Emotional Disorders. *Behavior Modification*, 42(5), 781–805. <https://doi.org/10.1177/0145445517734354>
- Bremer, P., Cabrera, E., Leino-Kilpi, H., Lethin, C., Saks, K., Sutcliffe, C., Soto, M., Zwakhalen, S. M. G., Wübker, A. y Consortium, R. (2015). Informal dementia care: Consequences for caregivers' health and health care use in 8 European countries. *Health Policy*, 119(11), 1459–1471. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.09.014>
- Brodaty, H. y Donkin, M. (2022). Family Caregivers of People with Dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217–228. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty>
- 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>
- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (2014). *Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5L): Lifetime version. Client Interview Schedule*. Oxford University Press.
- Bueno-Arnau, M. I., Goberna-Tricas, J. y López-Matheu, C. (2018). Ética del cuidado compasivo en la familia: cuidando al cuidador [Ethics of Compassionate Care in the Family: Caring for the Caregiver]. *MUSAS. Revista de Investigación En Mujer, Salud y Sociedad*, 3(2), 36–51. <https://doi.org/10.1344/musas2018.vol3.num2.3>
- 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), Artículo e12278. <https://doi.org/10.1037/h0101755>
- Bustillo, M., Gómez-Gutiérrez, M. y Guillén, A. I. (2018). Los cuidadores informales de personas mayores dependientes: una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez

- años [Informal Caregivers for Dependent Elderly People: A Revision of Psychological Interventions over the last Ten Years]. *Clínica y Salud*, 29(2), 89–100. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a13>
- 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, Artículo 101852. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101852>
- Castro-Camacho, L., Díaz, M. M. y Barbosa, S. (2022). Effect of a Group Prevention Program Based on the Unified Protocol for College Students in Colombia: A Quasi-experimental Study. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 32(2), 111–123. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2021.04.001>
- Cerquera Córdoba, M. y Galvis Aparicio, M. J. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales [Effects of Caring for People with Alzheimer's Disease: A Study on Formal and Informal Caregivers]. *Pensamiento Psicológico*, 12(1), 149–167. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI12-1.ecpa>
- Cerquera Córdoba, M., Granados Latorre, F. J. y Buitrago Mariño, A. M. (2012). Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer [Overload in Caregivers for Patients with Alzheimer Dementia]. *Psicología. Avances de la Disciplina*, 6(1), 35–45.
- Cerquera Córdoba, M., Matajira Camacho, Y. y Pabón Poches, D. K. (2016). Caracterización de una muestra de cuidadores formales de pacientes con trastorno neurocognitivo mayor en Bucaramanga [Characterizing a Sample of Caregivers of Severe Neurocognitive Disorder Patients in Bucaramanga-Colombia]. *Revista Virtual Universidad Católica Del Norte*, 1(47), 4–19.
- Cerquera Córdoba, M. y Pabón Poches, D. K. (2016). Resiliencia y variables asociadas en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer [Resilience and Associated Variables in Informal Caregivers of Alzheimer Patients]. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 33–46. <https://doi.org/doi:10.15446/rcp.v25n1.44558>
- Cheng, S.-T., Li, K.-K., Losada, A., Zhang, F., Au, A., Thompson, L. W. y Gallagher-Thompson, D. (2020). The Effectiveness of Nonpharmacological Interventions for Informal Dementia Caregivers: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. *Psychology and Aging*, 35(1), 55–77. <https://doi.org/10.1037/pag0000401>
- Chien, L., Chu, H., Guo, J., Liao, Y., Chang, L., Chen, C. y Chou, K. (2011). Caregiver Support Groups in Patients with Dementia: A Meta-Analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(10), 1089–1098. <https://doi.org/10.1002/gps.2660>
- Cohen, J. (2013). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Routledge.
- Connell, C. M., Janevic, M. R. y Gallant, M. P. (2001). The Costs of Caring: impact of Dementia on Family caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 14(4), 179–187. <https://doi.org/10.1002/gps.2660>
- Crespo, M. y Rivas, M. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit [Assessment of Caregiver's Burden: A Review Beyond Zarit's Scale]. *Clínica y Salud*, 26(1), 9–15. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2014.07.002>

- Farina, N., Page, T. E., Daley, S., Brown, A., Bowling, A., Basset, T., Livingston, G., Knapp, M., Murray, J. y Banerjee, S. (2017). Factors Associated with the Quality of Life of Family Carers of People with Dementia: A systematic review. *Alzheimer's & Dementia*, 13(5), 572–581. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2016.12.010>
- Ferreres-Galán, V., Quilez-Orden, A. B. y Osma, J. (2022). Aplicación del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en pacientes post-cirugía bariátrica: un estudio piloto [Application of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Post-bariatric Surgery Patients: An Effectiveness and Feasibility Study in Group Format]. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 38(2), 219–231. <https://doi.org/10.6018/analesps.482301>
- Gilhooly, K. J., Gilhooly, M. L. M., Sullivan, M. P., McIntyre, A., Wilson, L., Harding, E., Woodbridge, R. y Crutch, S. (2016). A Meta-review of Stress, Coping, and Interventions in Dementia and Dementia Caregiving. *BMC Geriatrics*, 16(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0280-8>
- Grill, S. S., Castañeiras, C. y Fasciglione, M. P. (2017). Aplicación grupal del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en población argentina [Group Application of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Argentine Population]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(3), 171–181. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18122>
- Hou, R. J., Wong, S. Y.-S., Yip, B. H.-K., Hung, A. T. F., Lo, H. H.-M., Chan, P. H. S., Lo, C. S. L., Kwok, T. C.-Y., Tang, W. K. y Mak, W. W. S. (2014). The Effects of Mindfulness-based Stress Reduction Program on the Mental Health of Family Caregivers: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 45–53. <https://doi.org/10.1159/000353278>
- Li, R., Cooper, C., Bradley, J., Shulman, A. y Livingston, G. (2012). Coping Strategies and Psychological Morbidity in Family Carers of People with Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 139(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.055>
- Linares Cánovas, L. P., Vázquez González, L. A., González Medina, K. N., Escalona, O. y Linares Cánovas, L. B. (2019). Intervención educativa para cuidadores informales sobre atención de adultos mayores frágiles [Educational intervention for informal caregivers on frail elderly care]. *Universidad Médica Pinareña*, 15(3), 367–377.
- Lindeza, P., Rodrigues, M., Costa, J., Guerreiro, M. y Rosa, M. M. (2020). Impact of Dementia on Informal Care: A Systematic Review of Family Caregivers' Perceptions. *BMJ Support Palliat Care*, 14. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002242>
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., López, J., Fernández-Fernández, V., & Nogales-González, C. (2015). Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso [Attending to Dementia Caregivers Diverse Needs: Contributions from Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy]. *Clínica y Salud*, 26(1), 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.02.001>
- Madruga, M. (2016). Sintomatología psicológica en cuidadores informales en población rural y urbana [Psychological Symptomatology in Informal Caregiver of Rural and Urban Population]. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 257–265. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n2.v1.557>

- Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Cabrera, I., Olmos, R., Pérez-Miguel, A. y Losada, A. (2020). Tailored versus Manualized Interventions for Dementia Caregivers: The Functional Analysis-Guided Modular Intervention. *Psychology and Aging*, 35(1), 41–54. <https://doi.org/10.1037/pag0000412>
- Martín-Carrasco, M., Ballesteros-Rodríguez, J., Domínguez-Panchón, A. I., Muñoz-Hermoso, P. y González-Fraile, E. (2014). Intervenciones en el cuidador del enfermo con demencia [Interventions for caregivers of patients with dementia]. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(6), 300–314.
- Martínez Cortés, L., Gonzalez Moreno, J., & Cantero García, M. (2021). Síndrome de sobrecarga en cuidadores de Alzheimer. Revisión sistemática. *Apuntes de Psicología*, 39(2), 75–85.
- Martin, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L. C., Rico, J. M., Lanz, P. y Taussig, M. I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 6, 338–346.
- Mezzich, J. E., Ruipérez, M. A., Pérez, 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>
- Muela Martínez, J. A., Torres Colmenero, C. J. y Peláez Peláez, E. (2002). Nuevo instrumento de evaluación de situaciones estresantes en cuidadores de enfermos de Alzheimer [A New Instrument of Evaluation of Stressful Situations in Caregivers of Alzheimer Patients]. *Anales de Psicología*, 18(2), 319–331.
- Navarro Martínez, M., Jiménez Navascues, L., García Manzanares, M. C., de Perosanz Calleja, M., Tobar y Blanco, E. (2018). Los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores: intervenciones de enfermería [Alzheimer's Patients and their Caregivers: Nursing Interventions]. *Gerokomos: Revista de La Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 29(2), 79–82.
- 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., Quilez-Orden, A., Suso-Ribera, C., Peris-Baquero, O., Norman, S. B., Bentley, K. H. y Sauer-Zavala, S. (2019). Psychometric properties and validation of the Spanish versions 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>
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J. y Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583–594. <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2006). Helping Caregivers of Persons with Dementia: Which Interventions Work and how Large are their Effects? *International Psychogeriatrics*, 18(4), 577–595. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003462>
- Platt, S. y Hirsch, S. (1981). The effects of brief hospitalization upon the psychiatric patient's household. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 64(3), 199–216. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1981.tb00776.x>
- Rodríguez-Mora, Á., Mateo Guirola, T. y Mestre, J. M. (2022). Overload and Emotional Wellbeing in a Sample of Spanish Caregivers of Alzheimer's Patients during COVID-19 pandemic.

- Experimental Aging Research*, 29, 1–18. <https://doi.org/10.1080/0361073X.2022.2115739>
- Ruiz-Robledillo, N. y Moya-Albiol, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*, 1, 22–30.
- Sakiris, N. y Berle, D. (2019). A Systematic Review and Meta-analysis of the Unified Protocol as a Transdiagnostic Emotion Regulation based Intervention. *Clinical Psychology Review*, 72, Artículo 101751. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>
- Sallim, A. Bin, Sayampanathan, A. A., Cuttilan, A. y Ho, R. C.-M. (2015). Prevalence of Mental Health Disorders among Caregivers of Patients with Alzheimer Disease. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(12), 1034–1041. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.09.007>
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Pineda, D., Espinosa, V., Magaz, A. M. y Chorot, P. (2019). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes a través de internet (iUP-A): aplicación web y protocolo de un ensayo controlado aleatorizado [Internet-delivered Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (iUP-A): Web Application and Study Protocol for a Randomized Controlled Trial]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 197–215. <https://doi.org/10.5944/rppc.26460>
- Sanz, J. y Vázquez, C. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II (Adaptación española) [BDI-II: Inventario de ansiedad de Beck]*. Pearson.
- Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H. y Wilner, J. G. (2016). Transdiagnostic Treatment of Borderline Personality Disorder and Comorbid Disorders: A Clinical Replication Series. *Journal of Personality Disorders*, 30(1), 35–51. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_179
- Sauer-Zavala, S., Tirpak, J. W., Eustis, E. H., Woods, B. K. y Russell, K. (2021). Unified Protocol for the Transdiagnostic Prevention of Emotional Disorders: Evaluation of a Brief, Online Course for College Freshmen. *Behavior Therapy*, 52(1), 64–76. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.01.010>
- Schüz, B., Czerniawski, A., Davie, N., Miller, L., Quinn, M. G., King, C., Carr, A., Elliott, K. J., Robinson, A. y Scott, J. L. (2015). Leisure Time Activities and Mental Health in Informal Dementia Caregivers. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(2), 230–248. <https://doi.org/10.1111/aphw.12046>
- Teahan, Á., Lafferty, A., McAuliffe, E., Phelan, A., O'Sullivan, L., O'Shea, D. y Fealy, G. (2018). Resilience in Family Caregiving for People with Dementia: A Systematic Review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(12), 1582–1595. <https://doi.org/10.1002/gps.4972>
- Thomas, P., Lalloué, F., Preux, P., Hazif-Thomas, C., Pariel, S., Inscale, R., Belmin, J. y Clément, J. (2006). Dementia Patients Caregivers' Quality of Life: The PIXEL Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(1), 50–56. <https://doi.org/10.1002/gps.1422>
- Tokovska, M., Nour, M. M., Sørensen, A. y Småland Goth, U. (2022). Informal caregivers and psychosocial support: Analysis of European Dementia Policy documents. *Journal of Public Health Research*, 11(1), Artículo 2416. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2416>
- Vandepitte, S., Van den Noortgate, N., Putman, K., Verhaeghe, S., Faes, K. y Annemans, L. (2016). Effectiveness of Supporting Informal Caregivers of People with Dementia: A Systematic Review of Randomized and Non-randomized Controlled Trials. *Journal of Alzheimer's Disease*, 52(3), 929–965. <https://doi.org/10.3233/JAD-151011>

- Villarejo Galende, A., Ortiz, M. E., Llamas Velasco, S., Llanero Luque, M., López de Silanes de Miguel, C. y Prieto Jurczynska, C. (2021). Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias [Report by the Spanish Foundation of the Brain on the social impact of Alzheimer disease and other types of dementia]. *Neurología*, 36(1), 39–49. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.10.005>
- Wang, C.-S., Zhao, M.-Z. y Zeng, T.-Y. (2017). Progress in applying patient experience in nursing quality improvement. *Chinese Nursing Research*, 4(1), 1–4. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cnre.2017.03.001>
- Yıldızhan, E., Ören, N., Erdoğan, A. y Bal, F. (2019). The Burden of Care and Burnout in Individuals Caring for Patients with Alzheimer’s Disease. *Community Mental Health Journal*, 55(2), 304–310. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0276-2>
- Zarit, S. H., Reeve, K. E. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

PILOT STUDY ON THE CLINICAL USEFULNESS AND ACCEPTABILITY OF THE UNIFIED PROTOCOL FOR THE TRANSDIAGNOSTIC TREATMENT OF EMOTIONAL DISORDERS IN ONLINE AND GROUP FORMAT IN ARGENTINA

ESTUDIO PILOTO SOBRE LA UTILIDAD CLÍNICA Y ACEPTABILIDAD DEL PROTOCOLO UNIFICADO PARA EL TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS EMOCIONALES EN FORMATO ONLINE Y GRUPAL EN ARGENTINA

MILAGROS CELLERI¹, CAMILA FLORENCIA CREMADES¹,
RODRIGO LAUTARO ROJAS¹, CRISTIAN JAVIER GARAY¹ Y
JORGE OSMA^{1,2}

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Celleri, M., Cremades, C. F., Rojas, R. L., Garay, C. J., & Osma, J. (2022). Pilot Study on the Clinical Usefulness and Acceptability of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Online and Group format in Argentina [Estudio piloto sobre la utilidad clínica y aceptabilidad del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales en formato online y grupal en Argentina]. *Acción Psicológica*, 19(2), 63–80. <https://doi.org/10.5944/ap.19.2.37004>

Abstract

The aim of the present study was to provide evidence on the preliminary clinical usefulness and treatment satisfac-

tion with the Unified Protocol (UP) designed by Barlow et al. (2011), applied in group and online format in adults with emotional disorders in Argentina. To this end, a non-controlled study was conducted with pre- and post-treatment measurements. The group included seven partici-

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Milagros Celleri, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
Email: mcelleri@psi.uba.ar

ORCID: Milagros Celleri (<https://orcid.org/0000-0002-0102-339X>), Camila Florencia Cremades (<https://orcid.org/0000-0002-1051-6073>), Rodrigo Lautaro Rojas (<https://orcid.org/0002-7153-5155>), Cristian Javier Garay (<https://orcid.org/0000-0003-4082-8876>) y Jorge Osma (<https://orcid.org/0000-0002-7293-318X>).

¹ University of Buenos Aires, Argentina.

² Universidad de Cádiz, España.

Acknowledgments: To the University of Buenos Aires for its support to clinical research and particularly to the Faculty of Psychology, headquarters of the research project in which this study is framed. To all study participants, who voluntarily participated in our investigation, for their warmth and commitment

Recibido: 20 de julio de 2022.

Aceptado: 26 de octubre de 2022.

pants with symptoms belonging to the anxiety-depression spectrum. The intervention consisted of 11 weekly 90-minute synchronic meetings held on an online platform. The results showed a significant reduction in participants' levels of depression, hopelessness, emotional regulation difficulties, and negative affect, as well as a significant increase in their quality of life. In turn, large effect sizes were found for depression, anxiety, hopelessness, emotional regulation difficulties, and negative affect. The preliminary findings in this study are promising as regards the UP's clinical usefulness and utilization acceptability in online group format for Argentina's population.

Keywords: Unified Protocol; Group Intervention; Online Intervention; Emotional Disorders; Argentina.

Resumen

El objetivo del presente estudio fue aportar evidencia sobre la utilidad clínica preliminar y la satisfacción con el tratamiento del Protocolo Unificado (PU) de Barlow et al. (2011), aplicado en formato grupal y online en adultos con trastornos emocionales en Argentina. Para tal fin se realizó un estudio no controlado con medidas pre y post-tratamiento. El grupo estuvo formado por siete participantes con sintomatología del espectro ansioso-depresivo. La intervención consistió en 11 sesiones semanales sincrónicas de 90 minutos realizados en una plataforma virtual. Los resultados mostraron una reducción significativa en los niveles de depresión, desesperanza, dificultades en la regulación emocional y afecto negativo, y un aumento significativo en la calidad de vida. A su vez, se observaron tamaños del efecto grandes para depresión, ansiedad, desesperanza, dificultades en la regulación emocional y afecto negativo. Los resultados preliminares del presente estudio sobre la utilidad clínica y aceptabilidad del uso del PU en formato grupal y online en población argentina son prometedores.

Keywords: Protocolo Unificado; Intervención grupal; Intervención online; Trastornos emocionales; Argentina.

Introduction

Anxiety and depression have become the most prevailing disorders in the world's population (World Health Organization [WHO], 2017). In Argentina, a recent study revealed an 8.7% prevalence of major depression disorders and a 16.4% prevalence of anxiety disorders, with the latter holding the greatest life prevalence (Stagnaro et al., 2019). For both disorder groups, the National Institute for Health, and Care Excellence (NICE) guidelines have established cognitive behavioral therapy (CBT) as a primary treatment (NICE, 2013).

The aforementioned disorders, along with the obsessive-compulsive disorder, the post-traumatic stress disorder, and the illness anxiety disorder (hypochondria), have been characterized as part of the emotional disorder group (ED; Bullis, et al., 2019), as they share a number of traits—both in terms of etiology and maintenance—including frequent and intense negative emotions (heightened neuroticism and low extraversion) (Barlow, 2000), negative and aversive reactions to these emotional experiences, and efforts to avoid or suppress them (Bullis, et al., 2019). In these disorders, the dysfunctional effects of emotional suppression significantly hinder people's ability to regulate their own emotions (Campbell-Sills et al., 2006).

The high comorbidity among these disorders in clinical practices—as well as how hard it is for therapists to train on multiple psychotherapeutic models and treatment protocols—has led to the recent development of transdiagnostic approaches (Harvey et al., 2004). These approaches focus on the traits shared by the disorders rather than on their differences, allowing for a more efficient treatment that also proves more cost-effective for therapists (Mansell et al., 2009). With the recent advancements in the fields of learning, neurosciences, and the study of emotions, three major therapeutic components have been identified for the transdiagnostic treatment of EDs: (a) cognitive reappraisal, (b) emotional avoidance prevention, and (c) modifying tendencies to act under emotional impulsivity (Barlow et al., 2016).

The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of EDs (UP) is a transdiagnostic therapy based on working with emotional regulation processes published in 2011 by

David H. Barlow et al. (Barlow et al., 2011). It consists of eight treatment modules, with five of them being central (mindfulness, cognitive flexibility, countering emotional behaviors, tolerating physical sensations, and emotional exposure). This protocol has proven effective at treating EDs individually, with similar outcomes to those of specific protocols for each disorder (Barlow et al., 2017; Eustis et al., 2020).

In turn, group approaches in psychotherapy facilitate access to the treatments required (Garay et al., 2008). This is especially relevant in Argentina, where access to CBT tends to be difficult due to a lack of trained therapists (Korman et al., 2018). Additionally, group approaches allow for the normalization of the experiences shared by therapeutic group members (Whitfield, 2010). Moreover, several studies have demonstrated the effectiveness of CBT in group format (e.g., Burlingame et al., 2018; Davidson et al., 2019).

Indeed, the UP has proven to be a treatment that can be adapted to a group format, with promising results in several international studies (Bullis et al., 2015; Laposa et al., 2017; Osma et al., 2015; Osma et al., 2021a). In Argentina, there have been two UP group in-person applications thus far. One study was conducted in Mar del Plata, a city in Buenos Aires Province, with results that resembled those of the aforementioned international studies (Grill et al., 2017), and the other application is currently underway in Buenos Aires City, the nation's capital, with a population suffering from irritable bowel syndrome (Celleri et al., 2020).

As in other healthcare fields, the current COVID-19 pandemic has driven therapists to adapt face-to-face or in-person treatments to remote therapy (Garfan et al., 2021) in order to minimize infection risks and to abide by social distancing norms implemented in every country. Against the backdrop of the restrictions and social confinement (lockdown) imposed, the need for psychological treatments in Argentina during the pandemic (Etchevers, et al., 2021; Torrente et al., 2021) led to the primary use of synchronous teletherapy, a proven format to treat the aforementioned disorders (Osenbach et al., 2013; Rees & Maclaine, 2015; Varker et al., 2019). To date, we have only found a study that use online UP in a case of perinatal

depression (Crespo-Delgado et al., 2020), a study that use online UP to prevent emotional symptoms or EDs in a group of women suffering from infertility (Martínez-Borba et al., 2022), and a study protocol that use online UP in a group of patients awaiting bariatric surgery (Quiroz-Orden et al., 2020). All these studies have been or will be carried out in Spain; there are no studies with these characteristics in Argentina.

Given the world's current epidemiological situation and the in-facto adaptation of psychological treatments for synchronous teletherapy, this study intends to assess the clinical usefulness and acceptability level of the UP online group format in Argentina—specifically in the Greater Buenos Aires and Buenos Aires City areas—as well as participants' satisfaction with the treatment. Our hypothesis is that, given that the UP has proven effective for EDs treatment in in-person group format, it might also prove clinically useful in online group format. To this end, a pilot, open, non-controlled study was conducted with pre- and post-treatment measurements after an 11-week period using the UP in an online group format.

Methodology

A quasi-experimental study with pre- and post-treatment measurements and no control group (Ato et al., 2013) was carried out.

Participants

The participants in this study included seven individuals with an average age of 27.71 years ($SD = 5.53$). Six identified themselves as female (85.7 %) and one as male (14.3 %). One reported taking clonazepam as needed. None reported currently engaging in psychotherapy. Four participants had undergone psychotherapy over the past five years (between 2018 and 2020). None of the seven participants was being treated by a psychiatrist at the beginning of this treatment. Table 1 below summarizes the participants' social and demographic data, while Table 2 shows group members' diagnoses.

Table 1*Sample Characteristics (N = 7)*

	N	%
Place of residence		
Buenos Aires City	1	14.30
Southern suburbs	2	28.60
Western suburbs	3	42.90
Northern suburbs	1	14.30
Marital status		
Single	6	85.71
Married	1	14.29
Education		
High School diploma	4	57.10
Tertiary/university degree	3	42.90
Children		
0	6	85.71
1	1	14.29

Table 2

Participants' Diagnoses Depending on Interference with Daily Life (N = 7)

Participant	Primary Diagnosis	Secondary Diagnoses
ID 1	SAD	UAD
ID 2	PD	MDD, GAD
ID 3	SAD	MDD, GAD
ID 4	MDD	GAD
ID 5	GAD	PD
ID 6	SAD	MDD
ID 7	MDD	GAD, DYS, SAD

Note: Obtained from Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI; Ferrando et al., 2000); DYS = dysthymia; GAD = generalized anxiety disorder; UAD = unspecified anxiety disorder; SAD = social anxiety disorder; MDD = major depressive disorder; PD = panic disorder

Instruments

Ad-hoc socio-demographic questionnaire. An ad-hoc questionnaire has been administered to gather participants' social and demographic information. It included questions on age; self-perceived gender; place of residence; educational level; whether he/she has undergone or is undergoing psychotherapy, when and for how long; whether he/she takes psychopharmacological medication and, if so, which, whether he/she was formerly given a psychiatric diagnosis, and, if so, which one.

Ad-hoc acceptability, perceived satisfaction with the treatment, usefulness, and task adherence questionnaire. An ad-hoc questionnaire (Table 6) was designed with the aim of evaluating the experience with the treatment, the usefulness of skills learned and adherence with the practice of skills. For this purpose, nine items were constructed with a Likert-type response format from 1 to 10. The construction of the questions was based on the previous study by Osma et al. (2015).

Beck Depression Inventory II (BDI II; Beck et al., 2006; Argentine adaptation by Brenlla & Rodríguez, 2006). The BDI II is a questionnaire designed to gauge how severe people's depressive symptoms are. It includes 21 items that probe the typical symptoms of a depressive episode. Every item feature 4 options, ranging from 0 (not at all) to 3 (severe, nearly unbearable), on a Likert-type scale. It was validated and adapted to Argentina's population, with an adequate internal consistency and a Cronbach's alpha coefficient of .88. The cut point considered in this scale is 14.

Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck et al., 1988; Argentine adaptation by Vizioli & Pagano, 2020). The BAI is an inventory designed to measure the severity of anxiety symptoms. It consists of 21 items, each addressing an anxiety symptom. Every item is rated on a Likert scale answer format that goes from 0 (not at all) to 4 (it upset me very much). This instrument was validated and adapted to Argentina's setting, with a Cronbach's alpha coefficient of .93. The cut point considered in this scale is 14.

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Thompson, 2007; Argentine adaptation by Moriondo et al., 2012). The PANAS inventory has been designed to measure affect in a dimensional fashion (negative affect and positive affect). The short version designed by Thompson (2007) and adapted to Argentina by Moriondo et al. (2012) has been chosen. This version covers four dimensions: trait positive affect (five items), trait negative affect (five items), state positive affect (five items), and state negative affect (five items). Every item uses a Likert-type scale rating from 1 (slightly or not at all) through 5 (very much or totally). This instrument features a Cronbach's alpha coefficient of .73 (Cronbach's alpha co-

efficient of .84 for Negative Affect and .75 for Positive Affect).

Multicultural Quality of life Index (MQLI; Mezzich, et al., 2003; adapted to Argentina by Jatuff et al., 2015). This instrument was created to assess the quality of life in a brief, multicultural, and multidimensional fashion. In this self-administered 10-item instrument, each item addresses an area of functioning on a Likert-type scale ranging from 1 (bad) to 10 (excellent). All these items are added up to obtain a Global Quality of Life Index—the higher the score, the better the quality of life perceived. This instrument was validated and adapted to Argentina's context with a Cronbach's alpha coefficient of .85.

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004; Argentine adaptation by Cremades et al., 2021). This scale measures the extent to which people use several Emotional Regulation strategies. The adapted scale includes 30 self-administered items with a Likert-type five-option scale that goes from 1 (hardly ever) to 5 (almost always) and a six-factor structure, including: (1) impulse control difficulties (six items); (2) limited access to emotional regulation strategies (six items); (3) lacking emotional acceptance (six items); (4) interference in goal-oriented behaviors (four items); (5) lacking emotional awareness (three items), and (6) lacking emotional clarity (six items). This scale features a sound Cronbach's alpha coefficient of .94, as do its sub-scales individually (Cronbach's alpha coefficient of .87 for Impulse Control Difficulties; Cronbach's alpha coefficient of .85 for Limited Access to Emotional Regulation Strategies; Cronbach's alpha coefficient of .91 for Lacking Emotional Acceptance; Cronbach's alpha coefficient of = .88 for Interference in Goal-Oriented Behaviors; Cronbach's alpha coefficient of .69 for Lacking Emotional Awareness, and Cronbach's alpha coefficient of .81 for Lacking Emotional Clarity).

Beck Hopelessness Scale (BHS; Beck et al., 1974; Argentine adaptation by Mikulic et al., 2009). This inventory was created to measure pessimism and hopelessness, bearing in mind that these constructs serve as predictors of suicidal behavior. It contains 20 items with a true-or-false reply format, scoring from 0 to 20, with the highest scores pointing to the presence of strong hopelessness. This in-

strument was validated and adapted to Argentina, with a Cronbach's alpha coefficient of .78.

Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI; Sheehan et al., 1998; Spanish version by Ferrando et al., 2000). The MINI 5.0 is a short structured diagnostic interview designed to assess major psychiatric disorders according to the DSM-IV (APA, 1994) Axis I and the ICD-10. It includes 130 questions divided into 16 modules, with each one exploring the symptoms of a specific disorder. This instrument has acceptably high validity and reliability levels (Sheenan et al., 1998), and it can be administered in a much shorter period than other diagnostic interviews. Regarding interrater and retest reliability, the diagnostic dimensions obtained Cohen's Kappa values greater than .50, with the exception of drug dependence which obtained a Cohen's kappa of .43. Sensitivity was .70 or greater for all but three subscales (dysthymia with .67, OCD with .62 and drug dependence with .45). Specificity was greater than .85 for all subscales.

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID II; First et al., 1994; Spanish version by Grilo, et al., 2003). This semi-structured diagnostic interview was designed to assess psychiatric disorders in the DSM-IV (APA, 1994) Axis II. It features 119 questions probing diagnostic criteria for all the personality disorders in DSM-IV (APA, 1994). The criteria must be present for at least two years and prove characteristic in individuals' adult life. Except for the sub-scale for the paranoid disorder, this interview shows acceptable levels of internal consistency (ranged .36 to .99; mean = .75; median = .81) as well as good psychometric properties (Grilo et al., 2003). The interrater reliability obtained a Cohen's Kappa value of .83.

The study has relied on DSM-IV evaluation interviews rather than their most recent counterparts (DSM-5; APA, 2013), as the latter are not currently available in Argentina.

Procedure

This study was approved by the responsible behaviors committee at Universidad de Buenos Aires' School of

Psychology. All participants were briefed on the research objectives and informed of the voluntary nature of their engagement, as well as of their ability to withdraw from the study at any time. The treatment was provided free of charge, as part of a research project conducted by Universidad de Buenos Aires' School of Psychology. All participants agreed to and signed the consent form with a digital signature via email, as per the principles stated in the Declaration of Helsinki and its amendments, as well as Argentina's Law Number 26,529 on Patients' Rights, Clinical Records, and Informed Consent.

The treatment was delivered by two professional psychologists with licenses for clinical practice in Argentina. One of them, the first author, a specialist in Clinical Psychology and CBT at Universidad de Buenos Aires, attended a UP workshop at the Boston University's Unified Protocol Institute delivered by Todd Farcchione. The other study coordinator, second author, is currently completing the requirements for Universidad de Buenos Aires' M.A. degree in Evaluation and Diagnostics. The sessions were recorded on video and overseen by a senior cognitive therapist certified by the Argentine Cognitive Therapy Association. Participants' assessment interviews were conducted by three already mentioned team psychologists and an additional team member—all trained in CBT at Universidad de Buenos Aires.

Study participants were recruited via flyers on social media (Facebook and Instagram) with a link to Google Forms and from references from colleagues (university faculty members, clinicians, and researchers). Candidates registered via a form on Google Forms, which participants filled out after accepting the informed consent by marking the corresponding box. The form gathered participants' socio-demographic information and administered the pre-treatment evaluation protocol. Figure 1 shows the study flow diagram.

The group admission criteria were: (1) being 18 years old or older; (2) submitting the informed consent; (3) agreeing to participate in all the scheduled sessions; (4) agreeing to having the sessions recorded (both audio and video) for oversight purposes; (5) submitting a primary diagnosis of anxiety disorder (e.g., panic disorder; agoraphobia; social anxiety disorder; generalized anxiety disorder;

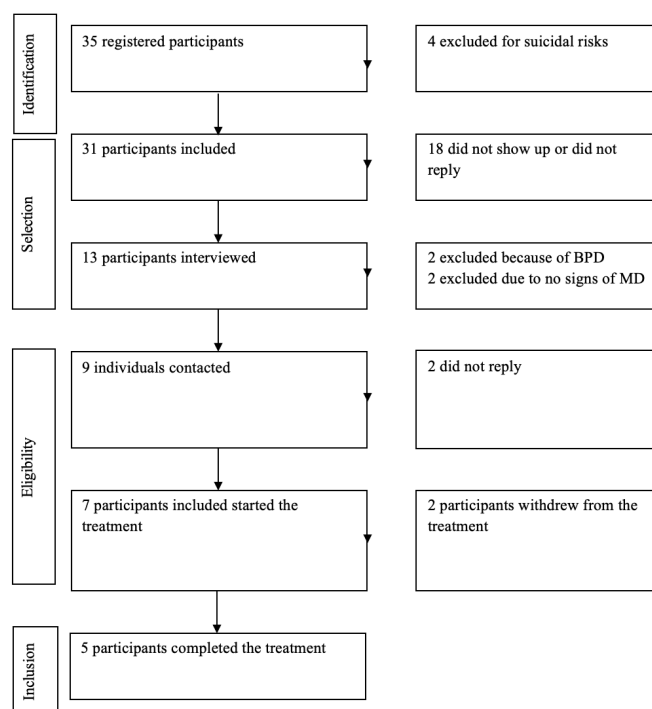
unspecific anxiety disorder), unipolar depression (major depressive disorder; dysthymia), obsessive-compulsive disorder, or post-traumatic stress disorder, according to DSM criteria and disrupting individuals' daily life or causing significant discomfort.

The group exclusion criteria were: (1) comorbidity with psychotic disorders, bipolar disorder, eating disorders, borderline personality disorder, or active severe suicidal ideation, and (2) currently receiving pharmacological treatment. All candidates who were not included in the group were informed of this decision and received information on places to seek treatment within the public healthcare system in Buenos Aires Province and Buenos Aires City.

Evaluations were carried out via video calls on the Google Meet platform, using the MINI (Ferrando et al., 2000) and SCID-II (Grilo et al., 2003) diagnostic interviews.

Figure 1

Flow Chart



The first pre-treatment evaluation was conducted two weeks before the first session. The post-treatment evaluation was carried out during the last week of the treatment (week 11).

By session 6, one of the participants reported having made a private psychiatric consultation. In week 4, another participant left the group because he returned to in-person classes at the university. In week 6, a second participant left the group citing difficulties to organize herself and attend the sessions. A participant had to undergo nose surgery in week 8 and was unable to participate in the

interoceptive exposure exercises or in following weeks, as she was in bed rest. She still attended the sessions until the end of the treatment. At the end of the treatment, participants received an ad-hoc form on Google Forms to establish their satisfaction with the treatment, and they also received all the assessment scales once again.

Treatment

Participants received online, synchronous group therapy based on the UP model for 11 subsequent weeks, with 90-minute meetings. After every session, they

Table 3

Session Description

<i>Session</i>	<i>Content</i>
1	Coordinators' and participants' introductions. Session framework. Introduction to the approach and EDs. Conceptualization of ED and participants' sharing. Assignment: reading chapter three from the patients' manual, continuing to identify their own intense emotions, aversive reactions, and avoidance efforts.
2	Reviewing participants' assignments. Describing issues, goals, and steps to accomplish them. Introduction to change motivation. Decision balance exercise. Assignment: reading chapter four from the patients' manual, completing their goals and decision balance form (Module 1).
3	Reviewing participants' assignments. Introduction to the topic of this session (psychoeducation of emotions). Presentation of the three-component model, as well as the antecedents and consequences of emotional experiences. This exercise was shared in the session. Assignment: reading chapters five and six from the patients' manual, self-monitoring emotions during the week (Module 2).
4	Reviewing participants' assignments. Introduction to mindfulness. The non-judgment emotional awareness exercise was carried out in the session, and participants later received by email the taped audio so that they could do it during the week. Assignment: reading chapter seven, mindfulness practice, and self-monitoring emotions (Module 3).
5	Reviewing participants' assignments. Emotional awareness exercise during the session. Introduction to emotional induction and practicing mindfulness when facing stimuli brought about by emotions (videos/audios). Introduction to anchoring in the present. Assignment: practicing mindfulness/emotional induction and self-monitoring emotions (Module 3).
6	Reviewing participants' assignments. Introduction to cognitive flexibility. Ambiguous image exercise. Introduction to mind traps and cognitive re-evaluation exercise during the session. Assignment: reading chapter eight, self-monitoring emotions, and practicing cognitive re-evaluation (Module 4).
7	Reviewing participants' assignments. Introduction to emotional behaviors. Introduction to CIEs and avoidance types. Cognitive suppression exercise during the session. Working with alternative actions. Assignment: reading chapter nine, self-monitoring emotions, identifying one's own emotional behaviors (Module 5).
8	Reviewing participants' assignments. Introduction to interoceptive exposure. Interoceptive exposure exercise during the session: hyperventilating, running on the spot, jumping, breathing through a straw, and twirling. Assignment: reading chapter ten, self-monitoring and practicing exposure to physical sensations on a daily basis (Module 6).
9 and 10	Reviewing participants' assignments. Introduction to the exposure to intense emotions. Building the exposure hierarchy. Introduction to the emotional exposure form. Weekly assignment: reading chapter eleven, practicing emotional exposure (Module 7).
11	Reviewing participants' assignments. Introduction to relapse prevention and plans for future practice. Closing and group farewell among therapists and participants (Module 8).

received the chapter with the notions addressed in the session from the UP's patient manual (Barlow et al., 2011) and the scales to work with during the week. Table 3 below describes the contents of every session.

Statistical Analyses

All statistical analyses were carried out with the IBM SPSS (Version 22.0) predictive analysis software. Descriptive statistics were calculated for socio-demographic data. For pre- and post-treatment comparisons, the Wilcoxon Test was used, due to the small size of the sample and the non-compliance with normality assumptions in the Kolmogorov-Smirnov test and homoscedasticity for the Levene test. In turn, the Cliff's delta is reported as effect size measure. Also, the Reliable Change Index (Jacobson & Truax, 1992) has been calculated for all major clinical variables (anxiety and depression).

Results

Clinical Indicators

In general terms, all the participants in this study were found to evolve favorably as compared to their state before completing this intervention.

To assess the evolution of clinical measures, pre- and post-treatment scores on the anxiety, depression, hopelessness, emotional regulation difficulties, positive affect, and negative affect scales were compared. In turn, the scores on a quality-of-life scale were compared to provide an overall measure of individual patients' state. Table 4 below shows pre- and post-treatment means, as well as standard deviations.

After conducting Wilcoxon's signed rank tests (see Table 4), a statistically significant decrease was found in depression ($z = -2.02$; $p < .05$), hopelessness ($z = -2.04$; $p < .05$), emotional regulation difficulties ($z = -2.02$; $p < .05$), and state negative affect ($z = -2.03$; $p < .05$). In

Table 4

Means, Standard Deviations, Wilcoxon Test, and Effect Size

Variable	Pre (n=5)	Post (n=5)	Pre-Post	
	M (SD)	M (SD)	Z	Cliff's delta
Depression (BDI-II)	28.2 (10.71)	12.8 (7.56)	-2.023*	0.84
Anxiety (BAI)	21.8 (18.19)	8.0 (7.65)	-1.625	0.52
Hopelessness (BHS)	9.2 (2.59)	5.8 (3.56)	-2.041*	0.64
Emotion Dysregulation (DERS)	84.8 (25.37)	57.8 (10.28)	-2.023*	0.76
Quality of life (MQLI) ^a	62.6 (15.87)	69.6 (15.4)	-2.032*	-0.28
Positive/Negative Affect (PANAS)				
PANAS-R-AN	16.4 (0.89)	13 (4.85)	-1.355	0.56
PANAS-R-AP ^a	14.4 (3.21)	13.2 (4.15)	-.184	0.16
PANAS-E-AN	16.6 (1.82)	10 (4.36)	-2.032*	0.92
PANAS-E-AP ^a	13.6 (3.51)	12.4 (3.65)	-.677	0.16

Note: **BAI** = Beck Anxiety Inventory; **BDI** = Beck Depression Inventory; **BHS** = Beck Hopelessness Scale; **DERS** = Difficulties in Emotion Regulation Scale; **MQLI** = Quality of life index; **PANAS** = Positive and Negative Affect Schedule; **PANAS-R-AN** = Positive and Negative Affect Schedule-Trait-Negative Affect; **PANAS-R-AP** = Positive and Negative Affect Schedule-Trait-Positive Affect; **PANAS-E-AN** = Positive and Negative Affect Schedule-State-Negative Affect; **PANAS-E-AP** = Positive and Negative Affect Schedule-State-Positive Affect.

^a In these scales, the higher scores show lesser difficulty, while negative effect sizes show greater improvement.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

turn, a significant increase in quality of life was found ($z = -2.03$; $p < .05$).

At the same time, effect sizes were analyzed with Cliff's delta (see Table 4). The following amounts were considered as estimates for effect magnitude: up to 0.15, small; from 0.33 upwards, moderate; from 0.47 upwards, large (Macbeth et al., 2011). Large-size effects were found for depression (Cliff's delta = .84), anxiety (Cliff's delta = .52), hopelessness (Cliff's delta = .64), emotional regulation difficulties (Cliff's delta = .76), trait negative affect (Cliff's delta = .56), and state negative affect (Cliff's delta = .92). For quality of life (Cliff's delta = -.28), state positive affect (Cliff's delta = .16), and trait positive affect (Cliff's delta = .16), small-size effects were found.

Reliable Change Index

The Reliable Change Index has been calculated for all major clinical variables (Jacobson & Truax, 1992). Regarding the depression variable, two patients have shown a reliable improvement, with their scores even

indicating recovery, while two other participants have shown no changes as compared to their prior functionality. The remaining participant has shown a reliable improvement that, failing to reach non-clinical levels, prevents the consideration of this patient as recovered. Concerning the anxiety variable, two participants have shown a reliable improvement, returning to non-clinical scores, while two other participants have shown no changes in functionality, and the remaining patient has shown a reliable improvement as compared to prior scores but still fails to reach a non-clinical score. These findings are presented on Table 5 below.

Assessing UP's Acceptability through Perceived Satisfaction with the Treatment, Usefulness, and Task Adherence

Overall, the treatment was well received by all group members, including the participants who did not complete all eleven sessions. All participants have stated that they would choose a group treatment if they needed assistance in the future. Table 6 below shows participants' answers.

Table 5

Reliable Change Index

ID	BDI						BAI					
	Pre	Post	State	Rank	RCI	Interpretation	Pre	Post	State	Rank	RCI	Interpretation
1	16	14	Improved	Clinical	0.37 (No change)	No functionality changes	8	3	Improved	Non-clinical	1.30 (No change)	No functionality changes
2	44	5	Improved	Non-clinical	7.32	Reliable improvement –Recovered	28	5	Improved	Non-clinical	5.99	Reliable improvement –Recovered
3	23	5	Improved	Non-clinical	3.38	Reliable improvement –Recovered	13	0	Improved	Non-clinical	3.38	Reliable improvement –Recovered
4	25	21	Improved	Clinical	0.75 (No change)	No functionality changes	51	18	Improved	Clinical	8.59	Reliable improvement –Not recovered
5	33	19	Improved	Clinical	2.62	Reliable improvement –Not recovered	9	14	No improvement	Clinical	1.30 (No change)	No functionality changes

Discussion

The results of this study are consistent with our predictions about the satisfaction and clinical usefulness of UP interventions delivered in online group format. Moreover, they are in line with studies using the UP treatment in group and onsite format conducted in

Argentina in patients with depression, negative affect, and emotion regulation (Grill et al., 2017), as well as with international studies (Bullis et al., 2015; Osma et al., 2021) and their online interventions (Martinez-Borba et al., 2022).

Regarding the acceptability (satisfaction and adherence to the treatment) of the intervention applied in

Table 6

UP's Acceptability, Treatment Satisfaction, and Task Adherence

<i>Statement</i>	<i>Option Chosen</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Treatment experience—from 1 (bad) to 10 (good).</i>	10	4	80
	8	1	20
<i>From 1 (not at all) to 10 (a lot), how much do you think this treatment has helped you regulate your emotions?</i>	9	3	60
	10	1	20
	7	1	20
<i>Usefulness of skills learned—from 1 (useless) to 10 (very useful).</i>	10	3	60
	9	1	20
	8	1	20
<i>Usefulness of mindfulness—from 1 to 10.</i>	8	3	60
	9	1	20
	5	1	20
<i>Usefulness of cognitive flexibility—from 1 to 10.</i>	10	3	60
	9	1	20
	6	1	20
<i>Usefulness of opposing emotional behaviors—from 1 to 10</i>	10	4	80
	7	1	20
<i>Usefulness of interoceptive exposure—from 1 to 10.</i>	10	3	60
	7	1	20
	1	1	20
<i>Usefulness of live exposure—from 1 to 10.</i>	10	2	40
	9	2	40
	5	1	20
<i>Practicing skills and completing assignments.</i>	Every week.	2	40
	Between 10 and 8 weeks.	2	40
	Between 2 and 4 weeks.	1	20

online group format, all participants in the study reported high satisfaction levels concerning both the treatment and the skills trained through the UP, and most of them reported using these skills almost every week. This is consistent with a recently published pilot study to evaluate UP intervention in online group format (Martínez-Borba et al., 2022), which yielded high levels of satisfaction and adherence to the treatment by pilot users. A main limitation of such study was participants' high educational level, to which adherence to the online format may be ascribed. In this study, however, most participants had received Argentina's basic, compulsory education (requiring completion of secondary school), thus providing evidence of acceptability in the general population.

Evidence of the acceptability and clinical usefulness of the UP delivered in group format is relevant to facilitate access to psychological intervention to populations experiencing EDs. This becomes particularly relevant in a context with very few professionals trained in evidence-based psychological treatments (Klinar et al., 2019). On the other hand, evidence of the acceptability and clinical usefulness of online UP application is critical to its implementation in pandemic settings. This remote therapy or teletherapy format reduces the likelihood of contagion of an infectious-contagious disease such as SARS-CoV-2. In addition, teletherapy eliminates travel expenses for patients, thus reducing costs. Both factors contribute to increasing patient access to psychological intervention. Since Argentina is a country that integrates the list of low- and middle-income countries, to increase the access to psychological treatments is a very important issue for public policies. In Argentina, the offer of evidence-based treatments in public health is scarce. This means that few people can access evidence-based treatments. Studying the efficacy of transdiagnostic treatments focused on the most prevalent disorders and offered in group format in the public sphere, helps more people to access evidence-based treatments in a country where psychologists with CBT training are scarce.

All participants in this study have shown improvements in their initial symptomatology, although not all scores obtained reached statistical significance. Besides drop-out percentages in our study were consistent

with previous studies (20 % to 37 %) (Osma et al., 2015; Osma et al., 2021). Major differences in depressive symptoms were observed at the end of the treatment (Cliff's Delta = .84). These results differ slightly from those reported by other studies that applied UP in group format, where UP intervention showed a greater impact on anxiety symptoms (Bullis, et al., 2015; Osma et al., 2015). While most patients in our study reported reduced anxiety symptomatology (Cliff's Delta = .52), one participant (diagnosed with panic disorder) displayed higher levels of anxiety during the last weeks of the treatment as compared to pre-intervention levels. This could be attributed to the participant's failing to practice the exercises in the interoceptive exposure module due to nasal surgery, which is consistent with data suggesting that interoceptive exposure is the central component of panic disorder (Boettcher & Barlow, 2019), and may explain the greater treatment effect on depressive symptoms found in our study.

More specifically, on an individual basis, anxiety and depressive symptoms remitted in two of five patients, who were consequently regarded to be in remission of their diagnosed disorders, in line with the assumption developed in UP's theoretical foundation, whereby transdiagnostic mechanisms are maintenance factors for EDs (Barlow et al., 2019). Likewise, most remaining participants showed improvement as compared to their previous anxiety and depression scores, although not all of them reached scores in non-clinical ranges, as previously reported (Osma et al., 2015).

With regard to negative and positive affect variables, the state negative affect showed a statistically significant improvement and the largest effect size (Cliff's Delta = .92). However, this was not the case of the state positive affect. These findings partly support other studies of negative affectivity and UP, whereby a relevant improvement in the neuroticism (or negative affect) dimension was established (Gallagher, et al., 2014; Osma et al., 2021b; Sauer-Zavala et al., 2020; Zemestani et al., 2021). Still, such studies have also showed an improvement in extraversion and positive affectivity. Although the most recent version of the UP (Barlow et al., 2019) placed greater emphasis on the importance of cultivating positive emotions, the version of UP used in

this study has focused on emotion regulation of anxiety and depressive symptoms, which could account for such difference. In turn, those studies showed that temperament changes became more stable and significant over time, yielding better results at six-month follow-ups (Osma et al., 2021b). The stability-of-temperament traits may presumably explain the small decline in negative affect and the increase in positive affect in the trait dimension. It would be interesting to assess the evolution of these variables in the following months in order to draw further conclusions. In turn, Barlow et al. (2019) suggest a greater number of treatment sessions is necessary to produce stable changes in temperament variables.

At the end of the treatment, we found a significant decrease in emotion regulation difficulties with a large size effect (Cliff's Delta = .76). This was to be expected given that emotion regulation is a key transdiagnostic variable in UP treatment, and its goal is to help patients learn adaptive emotion regulation strategies to achieve greater emotional acceptance. Furthermore, this proves consistent with studies reporting a strong correlation between negative affect and emotion dysregulation (Campbell-Sills et al., 2006).

Changes in scores on the quality-of-life scale proved statistically significant, albeit with a small effect size (Cliff's Delta = -.28). This is consistent with other UP studies which have reported efficacy both in reducing psychological symptoms and improving quality of life for people with emotional disorders (de Ornelas Maia et al., 2017; Gallagher et al., 2013). Indeed, it is important to bear in mind that quality of life is a complex construct that includes several dimensions and that changes in certain dimensions, such as economic or social status, require more time than the duration of these brief interventions. This could account for the small effect size in comparison with the other variables reported in this study, as noted in other studies that have shown an increased improvement in quality of life as of the six-month follow-up (Osma et al., 2015).

As for hopelessness, this study has identified a statistically significant decrease in this variable with a large effect size (Cliff's Delta = .64). Such data are consistent with another study where UP was used and

adapted for the treatment of suicidal ideation (Bentley et al., 2017), and it proves particularly relevant considering the strong association between hopelessness and suicidal behavior (Beck et al., 1975).

This study shows several limitations. Given the small sample size, the study design prevents generalizing results, as well as the use of ad-hoc questionnaires may affect the reliability of the results. Moreover, the fact that participants were recruited via social media can be considered a bias. Having a sample of subjects who interact with our social networks or know someone who does also decreases the generalisability of the results. As pilot study, its value refers to the first step in order to build a strong study in the context of a Research Project. In terms of the analysis of fidelity, acceptability and preliminary effects of the intervention, this pilot study allows to take grounded decisions in further and more complex studies, (i.e. randomized controlled trials; Fernández-Sánchez et al., 2021). It would prove useful for future studies to replicate the protocol using a larger sample and longitudinal models in order to examine the UP's effect, controlled by group variance. Drawing the sample from social media implies that participants have access to the Internet and are familiar with its use, which may constitute a bias, thus excluding people in need of the intervention. Another limitation of the study is gender-related, as only one out of the five patients in the group is a male participant. However, this limitation should be considered within the higher prevalence of EDs in females (Stagnaro et al., 2019). Future studies are contemplating more robust research designs in order to provide more evidence, such as randomized clinical trials.

This is the first Argentine study to assess the implementation of a transdiagnostic cognitive-behavioral intervention delivered in online group format, providing preliminary data about the multicultural nature of the UP and its possible adaptation to different cultural settings. All things considered, preliminary findings in this study prove promising and add to reported results on the clinical usefulness and acceptability of the UP applied in online group format.

References

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Author.
- Ato, M., López-García, J. J., & Benavente, A. (2013). A Classification System for Research Designs in Psychology. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 29(3), 1038–1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the Mysteries of Anxiety and its Disorders from the Perspective of Emotion Theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247–1263. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.55.11.1247>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide*. Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2016). Toward a unified Treatment for Emotional Disorders—Republished Article. *Behavior Therapy*, 47(6), 838–853. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.005>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, M. A., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Botcher, H. T. & Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared with Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875–884. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190255541.003.0001>
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 42(6), 861–865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hopelessness and Suicidal Behavior: An Overview. *JAMA*, 234(11), 1146–1149. <https://doi.org/10.1001/jama.1975.03260240050026>
- Bentley, K. H., Sauer-Zavala, S., Cassiello-Robbins, C. F., Conklin, L. R., Vento, S., & Homer, D. (2017). Treating Suicidal Thoughts and Behaviors within an Emotional Disorders Framework: Acceptability and Feasibility of the Unified Protocol in an Inpatient Setting. *Behavior Modification*, 41(4), 529–557. <https://doi.org/10.1177/0145445516689661>
- Boettcher, H., & Barlow, D. H. (2019). The Unique and Conditional Effects of Interoceptive Exposure in the Treatment of Anxiety: A Functional Analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 65–78. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.12.002>
- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2015). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Preliminary Exploration of Effectiveness for Group Delivery. *Behavior Modification*, 39(2), 295–321. <https://doi.org/10.1177/0145445514553094>
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., & 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), Article e12278. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12278>

- Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R., & Strauss, B. (2004). Small Group Treatment: Evidence for Effectiveness and Mechanisms of Change. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5, 647–696.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of Suppression and Acceptance on Emotional Responses of Individuals with Anxiety and Mood Disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1251–1263. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.001>
- Carl, J. R., Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S. E., Bentley, K. H., & Barlow, D. H. (2014). A Preliminary Investigation of the Effects of the Unified Protocol on Temperament. *Comprehensive Psychiatry*, 55(6), 1426–1434. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.04.015>
- Celleri, M., Koutsovitis, F., Cremades, C., & Garay, C. J. (2020). Application of the Unified Protocol in Patients with Irritable Bowel Syndrome in a Group in a Public Hospital in CABA. In *XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia*. Faculty of Psychology-University of Buenos Aires.
- Cremades, C. F., Garay, C. J., Etchevers, M. J., Muiños, R., Peker, G. M. & Gómez Penedo, J. M. (2021). *Difficulties in Emotion Regulation Scale (Escala de Dificultades en la Regulación Emocional [DERS]; Gratz y Roemer, 2004): Adaptation, Validation, and Standardization for Use in Adults of the AMBA [not published]*. Faculty of Psychology-University of Buenos Aires.
- Crespo-Delgado, E., Martínez-Borba, V. & Osma, J. (2020). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Perinatal Depression: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 19, 1–18. <https://doi.org/10.1177/1534650120951266>
- Davidson, J. R., Dawson, S., & Krsmanovic, A. (2019). Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I) in a Primary Care Setting. *Behavioral Sleep Medicine*, 17(2), 191–201. <https://doi.org/10.1080/15402002.2017.1318753>
- De Ornelas Maia, A. C. C., Sanford, J., Boettcher, H., Nardi, A. E., & Barlow, D. (2017). Improvement in Quality of Life and Sexual Functioning in a Comorbid Sample after the Unified Protocol Transdiagnostic Group Treatment. *Journal of Psychiatric Research*, 93, 30–36. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.05.013>
- Eustis, E. H., Gallagher, M. W., Tirpak, J. W., Nauphal, M., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). The Unified Protocol Compared with Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: 12-Month follow-up from a Randomized Clinical Trial. *General Hospital Psychiatry*, 67, 58–61. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.08.012>
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W. & Barlow, D. H. (2012). Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 43(3), 666–678. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>
- Fernández-Sánchez, H., Guzmán-Facundo, F. R., Herrera-Medina, D., & Sidani, S. (2021). Importance of the pilot study in an intervention project. *Index de enfermería, (Preedición)*, e12860
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., & Soto, O. (2000). MINI International Neuropsychiatric Interview, *Instrumentos de Detección y Orientación Diagnóstica*, 1–25.

- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., Williams, J., & Benjamin, L. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I personality disorders (SCID II)*. Biometric Research Department.
- Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S. E., Boswell, J. F., Carl, J. R., Bullis, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). The Impact of the Unified Protocol for Emotional Disorders on Quality of Life. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(1), 57–72. <https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.1.57>
- Garay, C., Keegan, E. y Korman, G. (2008). Cognitive Behavioral Therapy in Group Format for Anxiety Disorders and Mood Disorders. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 12, 61–72.
- Garfan, S., Alamoodi, A. H., Zaidan, B. B., Al-Zobbi, M., Hamid, R. A., Alwan, J. K., Ahmaro, I., Khalid, E. T., Jumaah, F. M., Albahri, O. S., Zaidan, A. A., Albahri, A. S., Al-Qaysi, Z. T., Ahmed, M. A., Shuwandy, M. L., Salih, M. M., Zughoul, O., Mohammed, K. I., & Momani, F. (2021). Telehealth Utilization during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Computers in Biology and Medicine*, 138, Article 104878. <https://doi.org/10.1016/j.combiomed.2021.104878>
- Grill, S. S., Castañeiras, C., & Fasciglione, M. P. (2017). Group application of the Unified Protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders in the Argentine population. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(3), 171–181. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18122>
- Grilo, C. M., Anez, L. M., & McGlashan, T. H. (2003). The Spanish-Language Version of the Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders: Development and Initial Psychometric Evaluation of Diagnoses and Criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 44(2), 154–161.
- Harvey, A. G., Watkins, E., & Mansell, W. (2004). *Cognitive behavioural Processes across Psychological Disorders: A Transdiagnostic Approach to Research and Treatment*. Oxford University Press.
- Jacobson, N.S. y Truax, P. (1991). Clinical Significance: a Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12–19.
- Keles, S. & Idsoe, T. (2018). A Meta-analysis of Group Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Interventions for Adolescents with Depression. *Journal of Adolescence*, 67, 129–139. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.05.011>
- Klinar, D., Gago, P., & Alonso, M. M. (2019). Occupational Distribution of Psychologists in the Argentine Republic – survey 2019. In *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia*. Faculty of Psychology, University of Buenos Aires.
- Laposa, J. M., Mancuso, E., Abraham, G., & Loli-Dano, L. (2017). Unified Protocol Transdiagnostic Treatment in Group Format: A Preliminary Investigation with Anxious Individuals. *Behavior Modification*, 41(2), 253–268. <https://doi.org/10.1177/0145445516667664>
- Martínez-Borba, V., Osma, J., Crespo-Delgado, E., Andreu-Pejo, L., & Monferrer-Serrano, A. (2022). Emotional Disorders and Symptoms Prevention Under Health Conditions: a Pilot Study using the Unified Protocol in a Fertility Unit. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 38(1), 25–35.
- Macbeth, G., Razumiejczyk, E., & Ledesma, R. D. (2010). Cliff's Delta Calculator: A Non-parametric Effect Size Program for two Groups of Observations. *Universitas Psychologica*, 10(2),

- 545–555.
<https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy10-2.cdcp>
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. D., & Shafran, R. (2009). Conceptual Foundations of the Transdiagnostic Approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6–19.
<https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6>
- McDermut, W., Miller, I. W., & Brown, R. A. (2001). The Efficacy of Group Psychotherapy for Depression: A Meta-Analysis and Review of the Empirical Research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 98–116.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.8.1.98>
- Mikulic, I. M., Cassullo, G. L., Crespi, M. C., & Marconi, A. (2009). BHS Hopelessness Scale (A. Beck, 1974): Study of the Psychometric Properties and Scale of the Argentine Adaptation. *Anuario de Investigaciones*, 16, 365–373.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Anxiety disorders (NICE Quality standard No. 53)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs53>
- Norton, P. J., Hayes, S. A., & Hope, D. A. (2004). Effects of a Transdiagnostic Group Treatment for Anxiety on Secondary Depression. *Depression and Anxiety*, 20, 198–202.
<https://doi.org/10.1002/da.20045>
- Osenbach, J. E., O'Brien, K. M., Mishkind, M., & Smolenski, D. J. (2013). Synchronous Telehealth Technologies in Psychotherapy for Depression: A Meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 30(11), 1058–1067. <https://doi.org/10.1002/da.22165>
- Osma, J., Castellano, C., Crespo, E., & García-Palacios, A. (2015). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Group Format in a Spanish Public Mental Health Setting. *Psicología Conductual/Behavioral Psychology*, 23(3), 447–466.
- Osma, J., Peris-Baquero, O., Suso-Ribera, C., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2021a). 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., Peris-Baquero, O., Suso-Ribera, C., Sauer-Zavala, S. & Barlow, D. H. (2021b). Predicting and Moderating the Response to the Unified Protocol: do Baseline Personality and Affective Profiles Matter? *Cognitive Therapy and Research*, 45, 817–830. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10208-6>
- Quilez-Orden, A., Ferreres-Galán, V., & Osma, J. (2020). Feasibility and Clinical Usefulness of the Unified Protocol in Online Group Format for Bariatric Surgery Candidates: Study Protocol for a Multiple Baseline Experimental Design. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), Article 6155.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17176155>
- Rees, C. S. & MacLaine, E. (2015). A Systematic Review of Videoconference-delivered Psychological Treatment for Anxiety Disorders. *Australian Psychologist*, 50(4), 259–264.
<https://doi.org/10.1111/ap.12122>
- Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Steele, S. J., Tirpak, J. W., Ametaj, A. A., Nauphal, M., Cardona, N., Wang, M., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). Treating Depressive Disorders with the Unified Protocol: A Preliminary Randomized Evaluation. *Journal of Affective Disorders*, 264, 438–445. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.072>
- Sauer-Zavala S., Fournier J.C., Jarvi Steele S., Woods B.K., Wang M., Farchione T.J., Barlow D.H. (2020). Does the Unified Protocol Really Change Neuroticism? Results from a Randomized Trial. *Psychological Medicine*, 51,1–10.
<https://doi.org/10.1017/S0033291720000975>

- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22–33.
- Stagnaro, J. C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Sustas, S.E., Medina Mora, M.E., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S., & Kessler, R. (2019). Epidemiological Study of Mental Health in the General Population of the Argentine Republic. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 29(142), 275–299.
- Suárez, L. M., Bennett, S. M., Goldstein, C. R., & Barlow, D. H. (2009). Understanding Anxiety Disorders from a "Triple Vulnerability" Framework. In M. M. Antony & M. B. Stein (Eds.), *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders* (pp. 153–172). Oxford University Press.
- The World Bank Group. (2022). *Low & Middle Income*. The World Bank. <https://data.worldbank.org/country/XO>
- Varker, T., Brand, R. M., Ward, J., Terhaag, S., & Phelps, A. (2019). Efficacy of Synchronous Telepsychology Interventions for People with Anxiety, Depression, Posttraumatic Stress Disorder, and Adjustment Disorder: A Rapid Evidence Assessment. *Psychological Services*, 16(4), 621–635. <https://doi.org/10.1037/ser0000239>
- Whitfield, G. (2010). Group Cognitive–Behavioural Therapy for Anxiety and Depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 16(3), 219–227. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.108.005744>
- World Health Organization. (2017). *Depression and other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
- Zemestani, M., Ommati, P., Rezaei, F., & Gallagher, M. W. (2021). Changes in Neuroticism-Related Constructs over the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Patients on an Optimal dose of SSRI. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/per0000482>

PROTOCOLO TRANSDIAGNÓSTICO PSICAP DE ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPO PARA TRASTORNOS EMOCIONALES

PSICAP TRANSDIAGNOSTIC PROTOCOL OF GROUP COGNITIVE-BEHAVIORAL TRAINING FOR EMOTIONAL DISORDERS

ANTONIO CANO-VINDEL¹, PALOMA RUIZ-RODRÍGUEZ²,
ROGER MUÑOZ-NAVARRO³, LEONARDO A. MEDRANO⁴,
JUAN A. MORIANA⁵, ELIANA M. MORENO⁵,
MARIO GÁLVEZ-LARA⁵, FRANCISCO J. JURADO-GONZÁLEZ⁵,
ÁNGEL AGUILERA-MARTÍN⁵, SARA BARRIO-MARTÍNEZ¹,
MAIDER PRIETO-VILA¹, MARÍA CARPALLO-GONZÁLEZ¹,
LUCIANA S. MORETTI⁴, ZOILO E. GARCÍA-BATISTA⁶,
AMADOR PRIEDE⁷ Y CÉSAR GONZÁLEZ-BLANCH⁸

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Cano-Vindel, A., Ruiz-Rodríguez, P., Muñoz-Navarro, R., Medrano, L. A., Moriana, J. A., Moreno, E. M., Gálvez-Lara, M., Jurado-González, F. J., Aguilera-Martín, A., Barrio-Martínez, S., Prieto-Vila, M., Carpallo-González, M., Moretti, L. S., García-Batista, Z. E., Priede, A. y González-Blanch, C. (2022). Protocolo transdiagnóstico PsicAP de entrenamiento cognitivo-conductual en grupo para trastornos emocionales [PsicAP Transdiagnostic Protocol of Group Cognitive-Behavioral Training for Emotional Disorders]. *Acción Psicológica*, 19(2), 81–96. <https://doi.org/10.5944/ap.19.2.37004>

Resumen

Los trastornos de ansiedad y la depresión son altamente prevalentes en la sociedad actual. El ensayo clínico Psi-

cAP demostró que añadir 7 sesiones de entrenamiento cognitivo-conductual en grupo con enfoque transdiagnóstico al tratamiento habitual de trastornos emocionales en pacientes adultos de atención primaria aumentó la eficacia y coste-efectividad para reducir los niveles de síntomas,

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Antonio Cano Vindel, Universidad Complutense de Madrid, España.

Email: canovindel@psi.ucm.es

ORCID: Antonio Cano-Vindel (<https://orcid.org/0000-0002-5449-5454>), Paloma Ruiz-Rodríguez (<https://orcid.org/0000-0001-8140-0767>), Roger Muñoz-Navarro (<https://orcid.org/0000-0002-7064-3699>), Leonardo A. Medrano (<https://orcid.org/0000-0002-3371-5040>), Juan A. Moriana (<https://orcid.org/0000-0003-0577-821X>), Eliana M. Moreno (<https://orcid.org/0000-0003-3467-5316>), Mario Gálvez-Lara (<https://orcid.org/0000-0002-8491-199X>), Francisco J. Jurado-González (<https://orcid.org/0000-0003-3619-142X>), Ángel Aguilera-Martín (<https://orcid.org/0000-0003-3484-1003>), Sara Barrio-Martínez (<https://orcid.org/0000-0003-1988-905X>), Mainer Prieto-Vila (<https://orcid.org/0000-0001-7966-7681>), María Carpallo-González (<https://orcid.org/0000-0002-7920-3171>), Luciana S. Moretti (<https://orcid.org/0000-0001-8792-9565>), Zoilo E. García-Batista (<https://orcid.org/0000-0002-0353-4804>), Amador Priede (<https://orcid.org/0000-0002-3553-7858>) y César González-Blanch (<https://orcid.org/0000-0002-3181-4731>)

¹ Universidad Complutense de Madrid, España.

² Servicio Madrileño de Salud, España.

³ Universidad de Valencia, España.

⁴ Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

⁵ Universidad de Córdoba, España

⁶ Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, República Dominicana.

⁷ Hospital de Laredo. IDIVAL. Cantabria, España.

⁸ Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla”-IDIVAL, Cantabria, España.

Recibido: 2 de junio de 2022.

Aceptado: 7 de noviembre de 2022.

redujo la discapacidad y mejoró la calidad de vida. En este trabajo se describen esas 7 sesiones del protocolo PsicAP de tratamiento transdiagnóstico, dirigido a la intervención sobre los factores comunes a los distintos trastornos: las distorsiones cognitivas y las estrategias de regulación emocional. Se trata de una intervención basada en el aprendizaje mediante psicoeducación, reestructuración cognitiva, relajación, técnicas conductuales y prevención de recaídas. Se concluye argumentando sobre la utilidad de este protocolo para reducir la brecha entre investigación y práctica clínica, algo necesario en la sociedad actual.

Palabras clave: Ansiedad; Depresión; Tratamiento transdiagnóstico; Técnicas cognitivo-conductuales; PsicAP.

Abstract

Anxiety disorders and depression are highly prevalent today. The PsicAP clinical trial showed that adding 7 sessions of group cognitive-behavioural training with a transdiagnostic approach to the usual treatment of emotional disorders in adult primary care patients increased efficacy and cost-effectiveness in reducing symptom levels, reduced disability and improved quality of life. In this work, these seven sessions of the PsicAP protocol of transdiagnostic treatment are described, aimed at intervening on the factors common to the different disorders: cognitive distortions and emotional regulation strategies. It is an intervention based on learning through psychoeducation, cognitive restructuring, relaxation, behavioural techniques and relapse prevention. It concludes by arguing about the usefulness of this protocol to reduce the gap between research and clinical practice, something necessary in today's society.

Keywords: Anxiety; Depression; Transdiagnostic treatment; Cognitive-behavioral techniques; PsicAP.

Introduction

Los problemas emocionales derivados del estrés psicosocial son la fuente de los llamados trastornos mentales

comunes, especialmente trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones, que son muy prevalentes y están atendidos principalmente por los médicos de familia en los centros de atención primaria de salud (Kovess-Masfety et al., 2007). La ansiedad y la depresión son también muy prevalentes en niños, jóvenes y en las clínicas universitarias de psicología (Calero Elvira et al., 2018). Sólo los trastornos de ansiedad y depresión, a pesar su gravedad leve o moderada, constituyeron el 50 % de todos los costes de toda la salud mental en España y suponían el 2.2 % del PIB de 2010, casi 23.000 millones de euros, de los que menos de la mitad eran costes sanitarios, estando más del 50 % relacionados con la falta de productividad (Ruiz-Rodríguez et al., 2017).

La pandemia por Covid-19 ha aumentado de forma importante el estrés psicosocial, la prevalencia de los síntomas emocionales y el consumo de psicofármacos, que alcanza valores muy superiores a los de los países desarrollados de nuestro entorno, especialmente en benzodiacepinas, cuyo uso se desaconseja en las principales guías de práctica clínica, como las NICE, más allá de unas pocas semanas, pero que muchas personas consumen habitualmente (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2021; NICE, 2011).

Como ha puesto de manifiesto la actual pandemia, los problemas emocionales comienzan a aflorar cuando las personas atraviesan periodos vitales en los que aumenta de forma importante el estrés psicosocial y las reacciones de ansiedad, al tiempo que disminuye el apoyo social. La deficiente atención psicológica en el Sistema Nacional de Salud por falta de recursos humanos (Kovess-Masfety et al., 2007), puede llevar a la cronicidad de estos procesos. Pero cuando se entrena a esas personas con técnicas psicológicas cognitivo-conductuales eficaces y se les enseña a manejar el estrés y las reacciones emocionales, el malestar tiende a disminuir, y aunque se hayan cumplido ya los criterios diagnósticos de un trastorno de ansiedad o del estado de ánimo, esos cuadros tienden a remitir al disminuir los síntomas y el malestar, con una intervención eficaz temprana. En cambio, si no se atienden debidamente, la tendencia general es a aumentar la cronicidad, comorbilidad y discapacidad (Cano-Vindel, 2011a).

Las técnicas cognitivo-conductuales han demostrado ser eficaces en el tratamiento de los trastornos emocionales en la población infanto-juvenil y en adultos (Fonseca-Pedrero, et al., 2021a; Fonseca-Pedrero, et al., 2021b). Son las técnicas de elección para estos trastornos, sin que sea necesario recurrir a los psicofármacos en la gran mayoría de los casos; sin embargo, en el estudio epidemiológico más importante realizado en nuestro país (ESEMeD) se vio que menos de un 1% de los pacientes con algún trastorno de ansiedad activo en los últimos doce meses había recibido tratamiento psicológico sin fármacos; a su vez, el 39 % no había recibido tratamiento alguno (Codony et al., 2007). La población española ha aumentado la demanda de atención psicológica, pero está empezando a tomar conciencia de que nuestro Sistema Nacional de Salud está infradotado para llevarla a cabo y que el consumo excesivo de psicofármacos no es la solución (Calero-Elvira et al., 2021).

El ensayo clínico PsicAP (Psicología en Atención Primaria) demostró que añadir un entrenamiento psicológico de siete sesiones en grupo de tratamiento cognitivo-conductual transdiagnóstico al tratamiento habitual para estos trastornos en atención primaria fue más eficaz y coste-eficaz que el tratamiento habitual solo (Cano-Vindel et al., 2021). Estas ganancias terapéuticas, así como la relación coste-eficacia se mantuvieron a los 12 meses, con un tamaño del efecto medio o grande. Además, el número de casos recuperados, en torno al 70 %, fue tres o cuatro veces superior al grupo control, y la recuperación confiable (no sólo dejar de cumplir criterios diagnósticos, sino haber experimentado una disminución notable de los síntomas, fue cercana al 50 % similar a los conseguidos en IAPT, en Inglaterra, donde en poco tiempo se ha conseguido tratar con técnicas psicológicas a más de medio millón de personas al año (Cano-Vindel et al., 2021, 2022; Clark, 2018).

En España, las comunidades autónomas que están tratando a pacientes de atención primaria con trastornos de ansiedad y depresión aplicando el protocolo PsicAP, objetivo de esta publicación, en su práctica clínica habitual (Madrid y Navarra) están obteniendo resultados similares a los obtenidos en el ensayo clínico y están atendiendo cada año a un mayor número de personas (Vázquez, 2019). En otros lugares también se está usando este protocolo de tratamiento, por ejemplo, a partir de la aplicación

en el ensayo clínico en más de 30 centros de salud de más de la mitad de las comunidades autónomas, se ha continuado su aplicación en algunos casos (Cano-Vindel et al., 2021).

A continuación, veremos un resumen del manual de tratamiento PsicAP y sus bases teóricas han sido descritos en varias publicaciones (Cano-Vindel, 2011b; Cano-Vindel, 2021; Cordero-Andrés et al., 2017; González-Blanch et al., 2018).

Bases del programa

Los trastornos mentales comunes suceden en personas que han ido desarrollando gradualmente un proceso en el que cada vez han ido aprendiendo a experimentar más reacciones emocionales negativas o desagradables, especialmente ansiedad. Con el tiempo, han ido centrando cada vez más su atención en problemas que son interpretados como amenaza, magnificándolos, activándose de manera creciente a nivel fisiológico, llegando a un mayor grado de malestar y descontrol, que muchas veces dificulta la conducta adaptativa. Pero este aprendizaje desadaptativo que va aumentando los síntomas emocionales en los tres sistemas de respuesta se puede revertir para intentar volver a manejar el estrés y las emociones como se venía haciendo previamente (Cano-Vindel, 2021; Staats y Eifert, 1990).

En cambio, el aprendizaje de información y habilidades cognitivas, emocionales y conductuales para manejar los problemas de la vida parece estar en la base de las técnicas cognitivo-conductuales, que han obtenido mayor evidencia empírica a favor del tratamiento de diferentes trastornos emocionales, como los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (González-Blanch, et al., 2021a; Priede-Díaz et al., 2021). El enfoque transdiagnóstico ha demostrado la eficacia de estas técnicas, con independencia de la patología concreta que presente el individuo, centrando su interés en la intervención sobre los procesos cognitivos, emocionales, de aprendizaje y de “regulación emocional” que comparten las personas con diferentes trastornos emocionales (Gross, 1998; Muñoz-Navarro et al., 2022; Newby et al., 2015).

En general, los trastornos emocionales comparten aspectos importantes sobre su naturaleza (derivan de las emociones normales, por ejemplo), surgimiento (muchas veces, a partir de eventos estresantes o estrés crónico), evolución (con frecuencia, aprendizaje progresivo de distorsiones cognitivas disfuncionales que conducen al aumento de síntomas) o mantenimiento (por ejemplo, malas estrategias de regulación emocional, como evitación, rumiación, supresión de pensamientos, etc.), lo que implica que comparten una serie de procesos de aprendizaje emocional a nivel cognitivo, fisiológico y conductual (Cano-Vindel, 2011b; Miu et al., 2022; Muñoz-Navarro et al., 2022). Estos tipos de aprendizaje, al igual que el condicionamiento clásico, el operante, el aprendizaje por observación o mediante transmisión de información, son capacidades que poseen todos los seres humanos para adaptarse a las exigencias del medio, pero que una persona desarrollará o no en un momento dado, debido a una experiencia concreta, a cómo la experimente o cómo reaccione ante ella, como ha puesto de manifiesto la pandemia de Covid-19 (Cano-Vindel, 2011b; Cordero-Andrés et al., 2017; González-Blanch, et al., 2021b; Muñoz-Navarro et al., 2021, 2022). Los diferentes trastornos de ansiedad o la depresión comparten el desarrollo de procesos cognitivos en los que van aumentando progresivamente algunas distorsiones cognitivas, especialmente sobre la interpretación (valoración cognitiva, magnificación, atribuciones causales, expectativas, metacogniciones) y sobre la atención (centrar la atención preferentemente en la amenaza o la pérdida, tiempo dedicado a procesar esa información emocional, anticipaciones negativas, autodiálogo interno catastrofista, rumiaciones, etc.). En el caso de la depresión, también se observan distorsiones de la memoria, con tendencia marcada a recordar sólo sucesos negativos, además de distorsiones interpretativas y de la atención, centradas en una pérdida. Estas distorsiones cognitivas producen un incremento significativo de las respuestas emocionales (ansiedad, tristeza-depresión y otras) en los tres sistemas de respuesta, cognitivo, fisiológico y conductual (Cano-Vindel, 2011b; Eysenck, 2003; Priede-Díaz et al., 2021). Así, cuando una persona desarrolla distorsiones cognitivas sobre la interpretación como amenaza de un evento o estímulo, tendrá más ansiedad en los tres sistemas de respuesta, que están interrelacionados. Por otro lado, al prestar demasiada atención a la amenaza, aumentará las respuestas en los tres sistemas. Si las distorsiones cognitivas

se centran en la propia conducta ante situaciones sociales, surgirá ansiedad asociada a situaciones sociales; mientras que, si se centran en pensamientos intrusos, interpretados como amenazantes, surgirá ansiedad asociada a obsesiones y compulsiones (Cano-Vindel et al., 2011; Eysenck, 2003). Es decir, que el trastorno de ansiedad social y el obsesivo compulsivo, por ejemplo, comparten distorsiones cognitivas de tipo interpretativo y atencional, aunque difieren en el foco donde se centran las distorsiones: bien la propia conducta, bien pensamientos intrusos (Cano-Vindel, 2021; Eysenck, 2003).

Además de distorsiones cognitivas, los diferentes trastornos emocionales comparten dificultades o errores en la regulación emocional. Todas las personas intentan regular la intensidad o la expresión de las reacciones emocionales. Para ello utilizan diferentes estrategias de regulación emocional que pueden ser eficaces o contraproducentes. Los metaanálisis muestran que las estrategias de aceptación, revaloración cognitiva y solución de problemas reducen significativamente los síntomas de ansiedad y depresión; mientras que, por el contrario, las estrategias de evitación, supresión de pensamientos y rumiación incrementan estos síntomas (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010; Schäfer et al., 2017). Así, es bien conocido que muchos trastornos emocionales comparten estrategias erróneas de regulación emocional, como la evitación de situaciones interpretadas como amenazantes (por ejemplo, fobia social, fobia específica, agorafobia), o los intentos de supresión de pensamientos intrusos (trastorno obsesivo compulsivo) y de recuerdos traumáticos (trastorno de estrés postraumático) o los intentos de reducir la ansiedad o resolver problemas mediante la rumiación (trastorno de ansiedad generalizada, depresión) (Cano-Vindel, 2011b, 2021; Cordero-Andrés et al., 2017). En un reciente metaanálisis se encontró que las adversidades infantiles se asociaron positivamente con el uso de estrategias de regulación emocional disfuncionales, a su vez, estas estrategias de regulación emocional se asociaron positivamente con la psicopatología (Miu et al., 2022).

Algunos trastornos emocionales comparten también la posibilidad de haber desarrollado otros tipos de aprendizaje emocional, como el condicionamiento clásico, el operante, el aprendizaje por observación o por transmisión de información. El aprendizaje asociativo o condiciona-

miento pavloviano puede surgir tras alguna experiencia emocional significativa, por ejemplo, la situación en la que se sufrió un asalto con violencia puede transformarse en un estímulo condicionado emocional, capaz de generar respuestas fisiológicas muy intensas e incontrolables. Por generalización, algunos estímulos similares pueden quedar también condicionados, como rasgos físicos del atacante o conductas sufridas en el ataque, como retención o sujeción para que la víctima no escape, por ejemplo (Aguado-Aguilar, 2001; Cano-Vindel, 2011b, 2021; Myer y Davis, 2007; Rachman, 1977; Staats y Eifert, 1990).

Existen otras formas de aprendizaje emocional, como el condicionamiento operante, por ejemplo, las evitaciones de situaciones que provocan temor y malestar tienden a hacerse crónicas, resultando cada vez más difícil la exposición esas situaciones o afrontamiento activo. Las evitaciones se ven reforzadas por la retirada de un estímulo aversivo ansiógeno que produce malestar psicológico. Algunos tipos de apoyo social ante la tristeza y frustración por la pérdida de algo valioso pueden ser sobreprotectores y reforzar una conducta pasiva disfuncional, propia de los trastornos del estado de ánimo, la desactivación conductual que se produce en la depresión, al abandonar diferentes conductas cotidianas que proporcionaban refuerzo o bienestar. Por el contrario, el tratamiento de activación conductual, que consiste en volver a realizar las conductas cotidianas que dejaron de hacerse, es eficaz para disminuir la depresión dado que se recuperan las actividades que generaban emociones de valencia positiva (Cano-Vindel, 2011b, 2021; Myer y Davis, 2007; Rachman, 1977; Sánchez Meca, Olivares Rodríguez y Rosa Alcázar, 1999).

Algunos de estos tipos de aprendizaje están, en principio, más ligados a la actividad de síntomas emocionales de uno de los tres sistemas de respuesta. Sin embargo, cualquier alteración en las respuestas emocionales de uno de los tres sistemas, tiende a producir cambios en la misma dirección en los otros dos sistemas, de forma interactiva. Los modelos de redes causales explican que cada paciente sigue su propio camino de aprendizaje, de modo que un mismo problema emocional se puede iniciar en dos personas con diferentes síntomas, a su vez, unos síntomas producen otros síntomas, aumentando la gravedad y comorbilidad del problema, y activando los tres sistemas de respuesta (Borsboom et al. 2011). Por ello, para reforzar la

eficacia de la intervención es conveniente entrenar en técnicas de reestructuración cognitiva, relajación (desactivación fisiológica) y técnicas conductuales (Cano-Vindel, 2003, 2011b, 2021; Cano-Vindel et al., 2011; Staats y Eifert, 1990).

El estrés crónico suele ser un detonante, pues tiende a producir un aumento de la activación fisiológica y un incremento de procesos cognitivos distorsionados que aumentan las reacciones emocionales negativas o desagradables, que si son muy intensos y mantenidos en el tiempo pueden favorecer el inicio de procesos de aprendizaje, por ejemplo, evitaciones o desactivación conductual, que lleven a que estas alteraciones emocionales se hagan crónicas. El entrenamiento en manejo del estrés ayuda a desarrollar reacciones emocionales menos intensas y más variadas, lo que puede prevenir el desarrollo de alteraciones emocionales (Abravanel y Sinha, 2015; Cano-Vindel, 2011; Stratton et al., 2017).

A su vez, las diferencias individuales en la propensión al desarrollo de alteraciones emocionales se intentan explicar por variables predictoras y moderadoras, como los rasgos de personalidad. Los rasgos de personalidad relacionados con la inhibición social son factores de riesgo para desarrollar ansiedad social (Cano-Vindel et al., 2000). Las personas introvertidas tienden a ser más reflexivas, a pensar más que las extrvertidas, por lo que es más probable en general que desarrollen niveles más altos de ansiedad, si lo que piensan o procesan es información amenazante. A su vez, aunque la ansiedad es una reacción emocional adaptativa de alerta, que puede ayudar a corregir amenazas de resultados negativos antes de que surjan, en algunas personas esta alarma puede ser un factor de riesgo para desarrollar más alarma, un exceso de alerta. Sobre todo, en personas que poseen rasgos de personalidad relacionados con un exceso de control, intolerancia a la incertidumbre, perfeccionismo, obsesión, rigidez, exceso de responsabilidad o sensibilidad a la ansiedad. En estos casos, aunque estas características individuales o rasgos de personalidad favorecen pensamientos, reacciones emocionales y conductas de riesgo para el desarrollo de trastornos emocionales, el aprendizaje puede dirigirse para desarrollar otras reacciones y hábitos saludables (Cano-Vindel, 2021).

En apoyo de esta concepción de la psicopatología y el tratamiento de los trastornos emocionales, cabe destacar que las técnicas cognitivo-conductuales y de autorregulación emocional (Aldao et al., 2010) son compatibles con los modelos transdiagnósticos y de redes causales que entienden los problemas psicológicos como elementos de una red causal compleja que interactúan mutuamente y, a menudo, se refuerzan recíprocamente, lo que implica un aprendizaje progresivo (Borsboom et al., 2011; Hofmann, 2014). Las técnicas de tratamiento basadas en estos modelos han demostrado un buen nivel de eficacia no sólo para los trastornos de ansiedad, sino también en las depresiones leves y moderadas, somatizaciones y muchos otros trastornos mentales relacionados con la emoción (Hofmann et al., 2012). Así mismo, señalar que en las últimas décadas se han desarrollado protocolos de tratamiento transdiagnósticos para grupos de pacientes con distintos trastornos emocionales, que en general alcanzan tamaños del efecto grandes (Newby et al., 2015).

Protocolo PsicAP

El protocolo de evaluación y detección de casos de posibles trastornos emocionales seguido en PsicAP ha sido descrito previamente en detalle (Muñoz-Navarro et al., 2017). Lo esencial de la intervención es el uso del PHQ-9 para depresión y GAD-7 para ansiedad generalizada (Kroenke, Spitzer y Williams, 2001; Muñoz-Navarro et al., 2017; Spitzer et al., 2006). El proceso de detección de posibles trastornos emocionales incluye una entrevista psicológica de unos 20 minutos, en la que explica brevemente en qué va a consistir la intervención, al tiempo que se rellenan PHQ-9 y GAD-7. En este momento se comprueba si cumple criterios para un probable trastorno de ansiedad o depresión. Si los cumple, se llevará a casa el resto de cuestionarios para rellenarlos y traerlos a la consulta siguiente.

El protocolo estándar de tratamiento PsicAP se compone de 7 sesiones de entrenamiento de hora y media de duración, en grupos de 8-12 personas, distribuidas a lo largo de 3-4 meses (Cano-Vindel, 2021; González-Blanch et al., 2018). La frecuencia temporal puede ser quincenal, pero también se puede hacer de manera que en el inicio sea semanal o cada dos semanas, con una progresiva ampliación del intervalo de tiempo entre sesiones.

El formato de grupo permite la atención de casos heterogéneos, con diferentes alteraciones emocionales, lo que ayuda a simplificar las tareas y ahorrar recursos, al aplicar procedimientos de entrenamiento similares en los diferentes problemas emocionales. Sin olvidar la especificidad, pues se pueden atender con ejemplos las peculiaridades de los casos y tipos de alteraciones que haya en cada grupo. También es importante el papel del grupo en el proceso de aprendizaje, que puede ayudar a entender mejor y restar importancia a los problemas emocionales propios y de los demás participantes, así como a mejorar la motivación, el apoyo social y la comunicación entre los participantes.

PsicAP es un protocolo de tratamiento psicológico de tipo cognitivo-conductual basado en la evidencia, que incluye (Cano-Vindel et al., 2021): 1) Entrenamiento psicoeducativo (sobre las emociones y las alteraciones emocionales); 2) Entrenamiento en observación de pensamientos y modificación de distorsiones, procesos y estrategias cognitivas relacionadas con la emoción; 3) Entrenamiento en relajación muscular progresiva, respiración, manejo de la atención e imaginación; 4) Entrenamiento en habilidades conductuales y sociales (exposición a situaciones emocionales, activación de la conducta); y 5) Prevención de recaídas.

Aspectos generales

La comunicación con los participantes es importante en todo el proceso y, para facilitar la comprensión, es bueno comenzar explicando uno de los casos presentes, con la persona más participativa, pidiendo que cuente sus experiencias, de manera que sirva para ilustrar otros casos y animar a la participación. Si la participación inicial es reducida se ponen ejemplos de alteraciones que se han observado en la evaluación. Las preguntas inspiradas en el análisis funcional de la conducta (¿desde cuándo?) y en las entrevistas clínicas diagnósticas (“sensación de pérdida de control, ataque de pánico”) serán de ayuda para entender y explicar el caso.

Se explicará el plan de trabajo a seguir. Por un lado, sesiones de trabajo, en las que iríamos explicando nueva información (psicoeducación), así como repasar las tareas realizadas en casa, enseñando a observar y corregir las dis-

torsiones cognitivas y las estrategias de regulación emocional. Es lo que se denomina reestructuración cognitiva. Y, por otro lado, el trabajo personal en casa, con una participación muy activa y alta motivación, para ir desarrollando nuevos hábitos en su forma de pensar, sobre el manejo de sus respuestas fisiológicas, practicando el entrenamiento en relajación, y de su conducta en situaciones cotidianas, mediante ensayo conductual, refuerzo (elogios, premios), corrección, y repetición de nuevos ensayos de conducta.

Se explicará que este entrenamiento puede ser similar al que requiere cualquier actividad compleja, como pueda ser conducir. Se requieren conocimientos, en este caso, sobre cómo funcionan el estrés, la ansiedad y se van aprendiendo las alteraciones emocionales. Pero esto no es suficiente, sino que es imprescindible la práctica en su vida cotidiana, aplicando lo que se va aprendiendo. Los nuevos hábitos y habilidades se irán consiguiendo poco a poco con la repetición de estas prácticas, como en otros aprendizajes de tareas complejas.

La fuente de los conocimientos son las sesiones y las lecturas de los textos recomendados, que se pueden enviar por correo electrónico, que es necesario leer todos los días, como tarea para casa. Además, se pide que hagan resúmenes, esquemas y que anoten frases personales clave que sirvan de recuerdo de autoinstrucciones o diálogos internos para guiar los pensamientos y la conducta. Se les sugiere repetir estos ejercicios a diario durante unos meses, con el fin de ir desarrollando el cambio de hábitos mentales requerido, base de la reestructuración cognitiva. Para ampliar los conocimientos desarrollados en las sesiones, se puede enviar un texto extenso por correo electrónico que resume lo que se ha explicado, adaptando los contenidos a las alteraciones emocionales que se experimentan en el pánico, la ansiedad social, la ansiedad generalizada o la depresión. Además, se pueden incluir enlaces a la web de Bienestar Emocional del Ministerio de Sanidad español, así como a las guías de autoayuda para el estrés, la ansiedad y la depresión de la Junta de Andalucía (Ministerio de Sanidad, 2020).

En cuanto a la práctica, hay que tener claros los principios del aprendizaje. Se aprende mejor poco a poco, por aproximaciones sucesivas y cuando hay consecuencias

positivas, como premios, elogios o refuerzos. Resulta más eficaz el premio que el castigo, el elogio que el reproche, para aumentar la frecuencia de una conducta de los demás. Igualmente, resulta eficaz elogiarse, premiarse, reforzarse por la práctica realizada. No se trata sólo de premiar el éxito final o inmediato en los resultados, sino de premiar la práctica realizada, paso a paso, que conducirá al éxito, aunque todavía no se haya conseguido un buen resultado. El refuerzo de la conducta que se está practicando aumenta la probabilidad de seguir trabajando y, por tanto, de ir aproximándose a mejores resultados. En cambio, los reproches o castigos, el uso de la culpa y la vergüenza, sólo generan malestar y pérdida de motivación para seguir trabajando. La acumulación de pequeños resultados positivos, aunque haya alguno negativo, traerá consigo el objetivo deseado, poder manejar mejor el estrés, la ansiedad y las alteraciones emocionales, así como eliminar el malestar en situaciones temidas y abrir la posibilidad de disfrutar en ellas, o volver a hacer las cosas cotidianas que se habían abandonado al disminuir el estado de ánimo. La repetición es la base del aprendizaje y desarrollo de habilidades y hábitos automáticos para afrontar mejor la situación temida o mantener un estado de ánimo equilibrado y un estado emocional estable (Staats y Eifert, 1990). En definitiva, esto es como practicar con la conducción del automóvil de la autoescuela para llegar a aprender a conducir. La práctica es esencial para el aprendizaje y tendrá varios objetivos: adquisición de la información precisa para manejar la alteración emocional experimentada, qué distorsiones cognitivas y estrategias de regulación emocional hay que modificar, aprender a relajarse, y, por último, volver a aprender nuevos hábitos de exposición progresiva, activación conductual o desarrollo de habilidades (Cano-Vindel, 2011b; Cano-Vindel, 2021; Cordero-Andrés et al., 2017).

Para el desarrollo de cada sesión se usa una presentación de PowerPoint con diapositivas que incluyen: objetivos de la sesión, conceptos nuevos, preguntas que animan a la participación, tareas que deben realizar hasta la próxima sesión, revisión de las tareas realizadas, etc.

Sesiones

Las dos primeras sesiones se centran en psicoeducación sobre las emociones, el estrés, las reacciones de an-

siedad y el desarrollo de los problemas emocionales a través de un aprendizaje progresivo. Además, en la segunda sesión se entrena también la relajación. A partir de la tercera sesión se introduce la reestructuración cognitiva y, a partir de la quinta sesión se introduce el entrenamiento conductual, aunque algunos temas pueden haber comenzado antes, por ejemplo, si es necesaria la activación conductual. En la última sesión se explica la prevención de recaídas. A continuación, se presenta un resumen de las sesiones con fines ilustrativos. Para una descripción más detallada se sugiere la lectura de las publicaciones previas (Cano-Vindel, 2021; González-Blanch et al., 2018).

Primera sesión

La primera sesión comienza con las presentaciones de la psicóloga y miembros del grupo. El desarrollo de la sesión incluye: 1) explicar el funcionamiento que va a seguir el entrenamiento; 2) resaltar el papel del grupo, sus ventajas y promover la comunicación y cohesión de grupo; 3) combatir el estigma de las emociones y alteraciones emocionales; 4) plantear los temas de forma socrática haciendo preguntas, por ejemplo, “¿qué hacemos aquí?”, tratando de orientar la respuesta hacia lo que todos los participantes tendrán en común; 5) explicar qué son las emociones, cuáles son las más importantes, para qué sirven; 6) poner ejemplos de conductas emocionales disfuncionales; 7) explicar qué es el estrés, su papel adaptativo, y cuándo deja de serlo y se inicia un proceso de aprendizaje emocional desadaptativo; 8) ofrecer ejemplos sencillos sobre cómo reducir la activación fisiológica y el malestar; 9) inspirar confianza en el proceso de aprendizaje que se inicia, basado en la evidencia; 10) resolver dudas; 11) fomentar el papel activo de los participantes, tanto en el grupo, como en las tareas para casa.

Los objetivos de esta sesión incluyen, además de dar a conocer el funcionamiento del grupo y fomentar la comunicación, explicar qué es el estrés, su afrontamiento, las reacciones emocionales y la salud, así como ofrecer técnicas sencillas para reducir los niveles de activación psicofisiológica del sistema nervioso autónomo mediante estrategias de autorregulación emocional, como el manejo de la atención o la respiración abdominal. El objetivo principal de la primera sesión consiste en proporcionar psicoeducación, la información necesaria y precisa para que

los participantes conozcan la naturaleza de los trastornos emocionales, originados por el estrés psicosocial, los problemas de la vida, y adopten un papel activo en su aprendizaje, en el tratamiento de los mismos, asistiendo a todas las sesiones y realizando las tareas encomendadas, en principio lecturas.

Se transmite a los participantes que aprender a manejar el estrés y las emociones implica trabajar sobre sus tres componentes: cognitivos, fisiológicos y conductuales. Se realiza la transmisión de la información especialmente adaptada a las alteraciones emocionales observadas o declaradas por los participantes, explicando la intervención de varios casos concretos presentes en el grupo y contando con su colaboración para presentar ejemplos personalizados que faciliten la comprensión de la información proporcionada. Además, se señala cómo en cada caso destacan las distorsiones interpretativas y la magnificación de las amenazas concretas de cada uno y el exceso de tiempo dedicado a pensar en su problema. También se subraya que uno de los objetivos principales del entrenamiento será aprender a disminuir estas dos distorsiones cognitivas.

A continuación, se introduce la técnica de respiración diafragmática, respirando más profunda y lentamente al tiempo que se infla y desinfla el abdomen. Practicar este tipo de respiración tiene como objetivo disminuir la activación fisiológica, así como constituir una herramienta para ir aprendiendo autorregulación emocional. Se le suministra el enlace de la grabación sobre una sesión de relajación más completa. En la segunda sesión se ampliará la información sobre el entrenamiento en relajación mediante esta grabación.

Al final de esta primera sesión, se encomienda a los participantes una serie de tareas para casa, sobre lecturas que amplíen los temas tratados, el papel de la relajación respiratoria, haciendo hincapié en la importancia de repetir diariamente entre sesiones estas tareas y poner en práctica los conocimientos que se adquirirán a lo largo del entrenamiento para poder consolidar los aprendizajes.

Segunda sesión

En la segunda sesión el objetivo es desarrollar las siguientes tareas: (1) realizar un resumen de la sesión ante-

rior y el repaso de las tareas para casa, fomentar la participación activa de los miembros del grupo; (2) continuar con la formación, revisando que los participantes estén utilizando los medios sugeridos de lectura (páginas web, biblioterapia con libros recomendados); (3) fomentar su rol activo en la búsqueda y uso de la información; (4) repasar y ampliar los contenidos impartidos en la psicoeducación; (5) explicar en qué consiste la relajación, su utilidad a medio plazo, su funcionalidad para disminuir la activación fisiológica, el malestar psicológico y facilitar el manejo de pensamientos, emociones y conductas; (6) análisis de problemas en la vida cotidiana, aplicando lo aprendido, reforzando los intentos con elogios, suprimiendo castigos o reproches por los fracasos, para sustituirlos por corrección; (7) devolución de información; (8) marcar nuevos objetivos en las tareas para casa, incluyendo la práctica de la relajación más completa.

Se transmite que saber relajarse consiste en un aprendizaje progresivo a medio plazo, fomentando la práctica diaria de la relajación, siendo ésta imprescindible para su aprendizaje y posterior utilidad como estrategia de autorregulación emocional. Para desarrollar el hábito de hacer relajación todos los días, se puede anotar en un gráfico de registro, en el eje horizontal el día y, en el eje vertical, el grado de bienestar alcanzado tras realizar la relajación. Unir los puntos de cada día, para dibujar una línea curva, ayudará a comprobar que se están haciendo los ejercicios y que se está aprendiendo la habilidad de relajarse. La elaboración diaria del registro gráfico irá motivando al propio participante. Esta sencilla técnica de autorregistro se puede usar para desarrollar otros hábitos y objetivos.

Al finalizar esta segunda sesión de tratamiento, debemos llevar a cabo una devolución de información más completa que en la anterior sesión, que debe incluir los siguientes aspectos: 1) informar sobre los aspectos esenciales del problema que tiene cada participante mediante algún modelo explicativo, resaltando las variables que debe aprender a controlar, por ejemplo, sus distorsiones cognitivas y su perfeccionismo; 2) explicar el tipo de entrenamiento que vamos a utilizar para alcanzar los distintos objetivos, por ejemplo, le informaremos de que las técnicas cognitivas se trabajarán a lo largo de las sesiones presenciales, las técnicas de relajación mediante una grabación, que después practicará en casa, las técnicas conductuales

(exposición progresiva, entrenamiento de habilidades, tareas para casa de reactivación de la conducta...) se aplicarán sobre todo en su vida cotidiana cuando haya adquirido habilidades cognitivas y de autocontrol; 3) establecer límites claros relacionados con aspectos formales del entrenamiento, tales como duración, frecuencia de las sesiones, relación entre asistencia y trabajo personal con resultados; 4) evitar ambigüedad de roles en la relación terapéutica, dejando implícita o explícitamente claro que es el psicólogo quien dirige el entrenamiento; 5) informar de las mejoras que se producirán a corto y medio plazo, insistiendo en que este hecho no es un indicador de que su problema se ha resuelto, sino de haber alcanzado uno de los primeros objetivos terapéuticos, sentirse mejor, que no quiere decir exactamente haber solucionado su problema; y 6) entender la diferencia entre adquisición de información y desarrollo de habilidades que se adquieren con la práctica y la repetición.

Tercera sesión

El propósito de la tercera sesión es continuar incorporando estrategias de autorregulación emocional, especialmente sobre la capacidad de observar, identificar y modificar distorsiones cognitivas y estrategias disfuncionales, al tiempo que se siguen introduciendo cambios de hábitos como el uso de actividades agradables y el ejercicio físico.

Tareas a llevar a cabo: 1) comenzar a enseñar a identificar estilos de pensamiento desadaptativos que pueden producir malestar emocional, en especial, las distorsiones interpretativas, la magnificación de las amenazas, de nuestros problemas, así como la focalización de la atención en dichos problemas y el exceso de tiempo dedicado a procesar información amenazante; 2) en el caso de tristeza y depresión, las distorsiones serán similares, aunque centradas en una pérdida, y para la ira, en algún tipo de daño; 3) identificar y modificar los contenidos de la experiencia consciente, así como los procesos cognitivos que están implicados en la reacción emocional o en su regulación; 4) exponer el concepto de pensamiento irracional, haciendo hincapié en la influencia de la presencia de una emoción intensa sobre la capacidad de pensamiento lógico y racional; 5) hablar de cómo el procesamiento emocional altera las funciones ejecutivas, que quedan relegadas a un segundo plano; 6) informar sobre el papel de los dos cere-

bros, el que asume funciones de planificación, decisión voluntaria, conciencia, versus el cerebro emocional que procesa estímulos emocionales y toma el control en casos de emergencia; 7) señalar el papel de la conducta sobre el cerebro, poniendo ejemplos sobre reactivación conductual y exposición a situaciones temidas.

Se pretende transmitir a los participantes la importancia de cuestionar la veracidad y funcionalidad de los propios pensamientos vs. la realidad, para así poder distanciarse de ellos cuando no resulten adaptativos y quitarles importancia o reestructurarlos, pues son una mala representación de la realidad, lo que tiene consecuencias disfuncionales. Señalando que no somos esclavos del destino, sino de nuestro carácter y nuestros hábitos.

Con diapositivas se presenta un modelo de reestructuración cognitiva, cuyo procedimiento implica diferentes fases:

1. Información sobre qué consiste el problema emocional, manifestaciones, situaciones temidas, emociones implicadas, cogniciones en la base de las respuestas emocionales, procesos cognitivos alterados, respuestas fisiológicas condicionadas, intentos de regulación emocional fallidos y consecuencias.

2. Autoobservación: este objetivo no se consigue simplemente con un autorregistro, sino que se trata de un aprendizaje complejo que puede abarcar la adquisición y manejo de muchos términos cognitivos, como son las distorsiones cognitivas, pensamientos distorsionados, esquemas disfuncionales, valoración cognitiva, atribuciones de causalidad, expectativas, autoeficacia percibida, autoestima, autoinstrucciones. Se abordan especialmente las distorsiones cognitivas más frecuentes, concediendo especial atención a las de tipo atencional e interpretativo.

3. Reestructuración: para reducir las principales distorsiones cognitivas el participante puede requerir el desarrollo de diferentes habilidades, que pueden ser entrenadas mediante el siguiente proceso: (1) entrenamiento en análisis y reevaluación cognitiva de amenazas para transformarlas en desafíos; (2) entrenamiento en focalización de la atención; (3) entrenamiento en solución de problemas;

y (4) entrenamiento en mejora de la seguridad, autoeficacia percibida y autoestima.

Se explica cómo son las distorsiones en cada tipo de alteración emocional (pánico, ansiedad social, ansiedad generalizada), hablando de las observadas en el grupo. También se explica qué son los autorregistros más simples. Herramientas para entrenar en autoobservación de distorsiones cognitivas que generan emoción. Se motiva a los participantes en su realización, explicándoles que se trata de una parte importante de la técnica de reestructuración cognitiva: la autoobservación; y posteriormente, nos apoyaremos en estos autorregistros para detectar esos errores (que median entre el estímulo y la reacción emocional) y poder aprender estrategias para cambiarlos.

Cuarta sesión

Los objetivos de la cuarta sesión se centran en el aprendizaje de la modificación de estilos de pensamiento desadaptativos mediante reestructuración cognitiva y el uso de autoinstrucciones positivas, así como la ideación de un experimento conductual que ayude a reforzar estos cambios.

Las actividades que se desarrollan son: (1) continuar poniendo en práctica la reestructuración cognitiva y trabajando con muestras concretas de sucesos emocionales vividos recientemente; (2) repasar los autorregistros utilizados para ese caso; (3) enfocar dichos sucesos desde una nueva perspectiva cognitivo-emocional; (4) señalar cómo pueden restaurar esa autorregulación emocional mediante cambios en el procesamiento de la información, la disminución de distorsiones cognitivas y cambios en estrategias de regulación emocional; (5) revisar otras tareas para casa que impliquen entrenamiento en autoobservación y modificación de actividad cognitiva y reacciones emocionales o conducta-emoción, señalando que podemos cambiar pensamientos y conducta para regular las emociones; (6) realizar preguntas sobre las dificultades que han encontrado, ¿ha sido difícil realizar el autorregistro?, ¿qué dificultades han encontrado?, ¿en qué momento los han completado?, ¿qué estrategias les han servido para hacerlo mejor?, ¿han aumentado su nivel de autoobservación?, ¿en qué medida lo han conseguido sobre una escala numérica; (7) señalar que la autoconciencia es una habilidad y que

puede mejorarse si se sigue entrenando; (8) incluir nuevos términos emocionales que expliquen mejor “me sentí mal”, u otras expresiones generales e imprecisas; (9) animar a buscar palabras más concretas; (10) entrenar en re-interpretación; (10) entrenar en manejo de la atención; (11) entrenar en el modelo de autoinstrucciones; (12) introducir la ideación de un experimento conductual como reto a los pensamientos irracionales detectados, animando a los participantes a autoasignarse un experimento como tarea para casa.

El entrenamiento de actividades cognitivas se lleva a cabo planteando ejemplos recientes de problemas emocionales, para llevar a cabo una serie de ejercicios cognitivos de razonamiento, contrastación con la realidad, imaginación de escenas neutras vs. emocionales, activación de recuerdos alegres vs. tristes, etc. Por ejemplo, la tarea de la reestructuración de la valoración cognitiva sesgada se lleva a cabo mediante el razonamiento de los cuatro errores comunes de interpretación de Beck, analizando y corrigiendo la estimación subjetiva, con la contrastación empírica, de: (1) probabilidad de que suceda lo peor; (2) gravedad si sucede; (3) capacidad de afrontamiento; (4) posibilidad de tener apoyo social. También se sugiere utilizar emociones positivas, como el humor, como técnica que puede ayudar a reducir nuestras propias interpretaciones sesgadas y magnificaciones.

Quinta y sexta sesiones

En las sesiones cinco y seis se pretende lograr la modificación de estilos de pensamiento desadaptativos utilizando la reestructuración cognitiva y las autoinstrucciones positivas. Asimismo, se hace uso de la técnica de exposición mediante la ideación de experimentos conductuales individualizados para la desconfirmación de creencias irracionales. Por último, se realiza un entrenamiento en la técnica de resolución de problemas.

Aunque se continúa trabajando la reestructuración cognitiva, las actividades se centran ahora más, de manera complementaria, en las técnicas conductuales. Durante el trabajo con la reestructuración cognitiva, es necesario resaltar la utilidad de exponerse a los estímulos ansiógenos en un contexto controlado, siguiendo los principios de aproximaciones sucesivas y de refuerzo. Al exponerse al

estímulo ansiógeno bajo estas condiciones, se puede producir una habituación o disminución de la respuesta de ansiedad, así como un aprendizaje de la tolerancia propia a experimentar las reacciones de ansiedad, una aceptación. Durante la exposición, algunos elementos de la reestructuración cognitiva pueden ayudar a manejar mejor las amenazas presentes en la situación que se desea afrontar. A su vez, el refuerzo de los intentos de aproximación, exposiciones y el abandono de la evitación, ayuda también a consolidar el proceso de reestructuración cognitiva, desconfirmando las creencias y consecuencias negativas anticipadas que llevaban a la evitación.

Estas sesiones incluyen entrenamiento compuesto por varias técnicas psicológicas que se inician en consulta para después practicarlas diariamente en casa, con el fin de facilitar el aprendizaje mediante la exposición a situaciones temidas: autoobservación, entrenamiento conductual reforzado, exposición sin conductas de seguridad y entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

Adicionalmente, se realiza una introducción a la técnica de resolución de problemas, utilizando uno de los ejemplos proporcionados por los participantes, trabajando el entrenamiento en la toma de decisiones. Se resalta la necesidad de definir operativamente el problema, generar alternativas, valorar los pros y contras de cada alternativa, elegir la menos mala y no volver atrás en el proceso (no dar vueltas a las alternativas), ejecutar la alternativa elegida y optimizar los pros, al tiempo que se minimizan los contras de la decisión tomada. Finalmente, no dar vueltas al problema y felicitarse por haber tomado una opción.

En la aplicación de las técnicas conductuales se revisan los sucesos emocionales vividos recientemente, se refuerzan los logros y se corrigen errores, poniendo más tareas para casa, buscando nuevos objetivos, que implican ensayo, práctica, refuerzo, corrección y exposición progresiva. Este esquema servirá tanto para objetivos de entrenamiento en exposición como reactivación de la conducta o cualquier otro cambio de hábitos.

Séptima sesión

Los objetivos de la última sesión consisten en repasar y reforzar las estrategias cognitivo-conductuales de auto-

rregulación emocional aprendidas en las sesiones anteriores, así como la reducción de la posibilidad de recaídas, señalando que éstas no significan una vuelta al principio, una pérdida total de las ganancias terapéuticas, ni un fracaso, sino un nuevo reto que hay que superar y una oportunidad para aprender más y consolidar lo aprendido. Si la recaída está asociada con el abandono de las tareas que venía practicando, habrá que retomarlas puesto que se mostraron útiles.

Se completa la sesión con un repaso general de todo lo aprendido y una generalización a problemas similares que puedan surgir en el futuro, remarcando siempre que para superar dichas dificultades se poseen ahora nuevas habilidades de afrontamiento. Estas habilidades se continúan desarrollando a través de la práctica con dichas técnicas, las cuales se han mostrado útiles para superar los problemas actuales.

Conclusiones

En el presente trabajo se han descrito las bases teóricas y las sesiones prácticas del protocolo PsicAP que ha demostrado eficacia y coste-efectividad en la población adulta con trastornos emocionales que acude a Atención Primaria (Aguilera-Martín et al., 2022; Cano-Vindel et al., 2021). Se basa en un enfoque transdiagnóstico, compatible con el de redes causales, utiliza las técnicas cognitivo-conductuales que han demostrado mayor tamaño del efecto, especialmente la reestructuración cognitiva, la exposición y la activación conductual, a las que se añaden psicoeducación, basada en un enfoque cognitivo-emocional innovador, relajación muscular, respiratoria y atencional; y, por último, prevención de recaídas (González-Blanch et al., 2018).

Estas técnicas aplicadas al tratamiento de la ansiedad y la depresión gozan de la mayor evidencia conocida. Además, se ha encontrado que la eficacia del protocolo PsicAP en grupo alcanza un tamaño del efecto medio-alto, es independiente de las características demográficas de los participantes (nivel cultural, económico, sexo) y se ha demostrado que existe una relación dosis-respuesta entre la implicación en el programa (asistencia a las sesiones) y grado de eficacia (González-Blanch et al., 2021).

Por lo tanto, este protocolo ha demostrado que puede ser muy útil en el tratamiento de los trastornos emocionales más prevalentes y con mayor carga en población adulta, con diferentes niveles culturales y socioeconómicos.

La diseminación de las técnicas psicológicas basadas en la evidencia debe ser la base para reducir la brecha entre la investigación y la práctica clínica originada por la dificultad de acceso al tratamiento psicológico. El uso de este protocolo grupal en las consultas de Atención Primaria, en los centros de trabajo de empresas u organizaciones y en los centros educativos puede ser una herramienta útil para hacer más accesible el tratamiento psicológico a la población en el abordaje de los trastornos mentales comunes o alteraciones emocionales, así como su prevención a través del aprendizaje del manejo de las emociones, evitando así la cronicidad, comorbilidad y discapacidad futuras.

Además, es una alternativa al consumo excesivo de psicofármacos existente en nuestro país, a la medicalización de los problemas de la vida, puesto que ha demostrado mayor coste-efectividad que el tratamiento habitual de atención primaria, esencialmente farmacológico, lo que puede implicar a la larga una disminución de costes, tanto directos como indirectos, y carga de los trastornos mentales comunes en España (Aguilera-Martín et al., 2022).

Referencias

- Abravanel, B. T., & Sinha, R. (2015). Emotion Dysregulation mediates the Relationship between Lifetime Cumulative Adversity and Depressive Symptomatology. *Journal of Psychiatric Research*, 61, 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.11.012>
- Aguado-Aguilar, L. (2001). Aprendizaje y memoria [Learning and Memory]. *Revista de Neurología*, 32(04), 373–381. <https://doi.org/10.33588/rn.3204.2000154>

- Aguilera-Martín, Á., Gálvez-Lara, M., Cuadrado, F., Moreno, E., García-Torres, F., Venceslá, J. F., Corpas, J., Jurado-González, F. J., Muñoz-Navarro, R., González-Blanch, C., Ruiz-Rodríguez, P., Barrio-Martínez, S., Prieto-Vila, M., Carpallo-González, M., Cano-Vindel, A. y Moriana, J. A. (2022). Cost-effectiveness and Cost-utility Evaluation of Individual vs. Group Transdiagnostic Psychological Treatment for Emotional Disorders in Primary Care (PsicAP-Costs): A Multicentre Randomized Controlled Trial Protocol. *BMC Psychiatry*, 22(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/S12888-022-03726-4>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation Strategies across Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Borsboom, D., Cramer, A. O. J., Schmittmann, V. D., Epskamp, S. y Waldorp, L. J. (2011). The Small World of Psychopathology. *PLoS ONE*, 6(11), Artículo e27407. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0027407>
- Calero-Elvira, A., Guerrero-Escagedo, M. C., González-Linaza, L. y Martínez-Sánchez, N. (2021). Atención psicológica pre- y pospandemia en la clínica universitaria del CPA-UAM [Pre- and post-Pandemic Psychological Treatment at the University Clinic of CPA-UAM]. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, 14(2), 120–133. <https://doi.org/10.24310/ESPSIESCPSL.V14I2.13616>
- Calero Elvira, A., De la Torre Martí, M., Pardo Cebrián, R. y Santacreu Ivars, M. (2018). Características de la asistencia psicológica en el contexto universitario: la Clínica Universitaria de la UAM [Characteristics of the Psychological Assistance in The University Context: The UAM University Clinic]. *Análisis y Modificación de Conducta*, 44(169–70), 37–50. <https://doi.org/10.33776/AMC.V44I169-70.3378>
- Cano-Vindel, A. (2003). Desarrollos actuales en el estudio del control emocional [New Developments in the Study of Emotional Control]. *Ansiedad y Estrés*, 9, 203–229.
- Cano-Vindel, A. (2011a). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria [Emotional Disorders in Primary Care]. *Ansiedad y Estrés*, 17(1), 75–97.
- Cano-Vindel, A. (2011b). Bases Teóricas y Apoyo Empírico de la Intervención Psicológica Sobre Los Desórdenes Emocionales en Atención Primaria. Una Actualización [Theoretical and empirically supported psychological interventions for emotional disorders in primary care: An update]. *Ansiedad y Estrés*, 17(2–3), 157–184.
- Cano-Vindel, A. (2021). El estrés y la ansiedad. *Cómo resolver las alteraciones emocionales*. Prisa Noticias Colecciones y EMSE EDAPP.
- Cano-Vindel, A., Dongil-Collado, E., Salguero, J. M. y Wood, C. M. (2011). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización [Cognitive-Behavioral Intervention for Anxiety Disorders: An Update]. *Informació Psicològica*, 102, 4–27.
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Moriana, J. A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A. y González-Blanch, C. (2021). Transdiagnostic Group Cognitive Behavioural Therapy for Emotional Disorders in Primary Care: The Results of the PsicAP Randomized Controlled Trial. *Psychological Medicine*, 52(15), 3336–3348. <https://doi.org/10.1017/S0033291720005498>
- Cano-Vindel, A., Pellejero, M., Ferrer, M. A., Iruarrizaga, I. y Zuazo, A. (2000). Aspectos cognitivos, emocionales, genéticos y diferenciales de la timidez [Cognitive, Emotional, Genetic and Differential Facets of Shyness]. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3(4).

- Cano-Vindel, A., Ruiz-Rodríguez, P., Moriana, J. A., Medrano, L. A., González-Blanch, C., Aguirre, E. y Muñoz-Navarro, R. (2022). Improving Access to Psychological Therapies in Spain: From IAPT to PsicAP. *Psicothema*, 34(1), 18–24. <https://doi.org/10.7334/PSICOTHEMA2021.113>
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2021). Encuesta sobre la salud mental de los españoles durante la pandemia de la COVID-19. Estudio no 3312. http://datos.cis.es/pdf/Es3312sdMT_A.pdf
- Clark, D. (2018). Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 159–183. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV-CLINPSY-050817-084833>
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., Fernández, A., Usall, J., Dolz, M. y Haro, J. M. (2007). Mental health care use in the Spanish general populations. Results of the ESEMeD-Spain study. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(2), 21–28.
- Cordero-Andrés, P., González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Muñoz-Navarro, R., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., Hernández-de Hita, F., Pérez-Poo, T. y Cano-Vindel, A. (2017). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en atención primaria: fundamentos teóricos y empíricos del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 23(2–3), 91–98. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.004>
- Eysenck, M. W. (2003). Applied Cognitive Psychology: Implications of Cognitive Psychology for Clinical Psychology and Psychotherapy. *Ansiedad y Estrés*, 9(2–3), 255–270.
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., López-Navarro, E. R., Muñiz, J., Lucas-Molina, B., Pérez-Albéniz, A., Baños Rivera, R., Cano-Vindel, A., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., González-Menéndez, A., Valero, A. V., Priede, A., González-Blanch, C., Ruiz-Rodríguez, P., Moriana, J. A., Gómez, L. E., ... Montoya-Castilla, I. (2021). Empirically Supported Psychological Treatments for Children and Adolescents: State of the Art. *Psicothema*, 33(3), 386–398. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.56>
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J., López-Navarro, E., Pérez de Albéniz, A., Lucas Molina, B., Debbané, M., Bobes-Bascarán, M. T., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez-Testal, J. F., González Pando, D., Díez-Gómez, A., García Montes, J. M., García-Cerdán, L., Osma, J., ... Marrero, R. J. (2021). Evidence-Based Psychological Treatments for Adults: A Selective Review. *Psicothema*, 33(2), 188–197. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.426>
- González-Blanch, C., Cano-Vindel, A., Ruiz-Rodríguez, P., Barrio-Martínez, S. y Priede-Díaz, A. (2021). Tratamientos psicológicos para los trastornos de ansiedad. En E. Fonseca-Pedrero (Ed.), *Manual de tratamientos psicológicos: adultos* (pp. 367–391). Pirámide.
- González-Blanch, C., Muñoz-Navarro, R., Medrano, L. A., Moriana, J. A., Ruiz-Rodríguez, P. y Cano-Vindel, A. (2021). Moderators and Predictors of Treatment Outcome in Transdiagnostic Group Cognitive-Behavioral Therapy for Primary Care Patients with Emotional Disorders. *Depression and Anxiety*, 38(7), 757–767. <https://doi.org/10.1002/da.23164>
- González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., Muñoz-Navarro, R., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., Ruiz-Torres, M., Dongil Collado, E. y Cano-Vindel, A. (2018). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.005>

- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and Response-Focused Emotion Regulation: Divergent Consequences for Experience, Expression, and Physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224–237.
- Hofmann, S. G. (2014). Toward a Cognitive-Behavioral Classification System for Mental Disorders. *Behavior Therapy*, 45(4), 576–587. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.03.001>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T. y Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T. S., Angermeyer, M. C., Haro, M.D., J. M., Sevilla-Dedieu, C., y ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators. (2007). Differences in Lifetime Use of Services for Mental Health Problems in Six European Countries. *Psychiatric Services*, 58(2), 213–220. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.2.213>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. y Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Ministerio de Sanidad. (2020). *Bienestar Emocional - ¿Cómo encontrarme mejor? - Técnicas de relajación - El entrenamiento en relajación*. <https://bemocion.sanidad.gob.es/comoEncontrarmeMejor/tecnicasRelajacion/entrenamientoRelajacion/home.htm>
- Miu, A. C., Szentágotai-Táttar, A., Balázs, R., Nechita, D., Bunea, I. y Pollak, S. D. (2022). Emotion Regulation as Mediator between Childhood Adversity and Psychopathology: A Meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 93, Artículo 102141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102141>
- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., González-Blanch, C., Moriana, J. A., Capafons Bonet, A. y Dongil-Collado, E. (2017). Modelo jerárquico de diagnóstico y derivación de los trastornos mentales comunes en centros de atención primaria. PsicAP [Diagnostic and referral hierarchical model of common mental disorders in PC centers. The PsicAP approach]. *Ansiedad y Estrés*, 23(2–3), 124–129. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.002>
- Muñoz-Navarro, R., Malonda, E., Llorca-Mestre, A., Vindel, A. C. y Fernández-Berrocal, P. (2021). Worry about COVID-19 Contagion and General Anxiety: Moderation and Mediation Effects of Cognitive Emotion Regulation. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 311–318. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.004>
- Muñoz-Navarro, R., Medrano, L. A., Limonero, J. T., González-Blanch, C., Moriana, J. A., Ruiz-Rodríguez, P. y Cano-Vindel, A. (2022). The Mediating Role of Emotion Regulation in Transdiagnostic Cognitive Behavioural Therapy for Emotional Disorders in Primary Care: Secondary Analyses of the PsicAP Randomized Controlled Trial. *Journal of Affective Disorders*, 303, 206–215. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.029>
- Myers, K. M. y Davis, M. (2007). Mechanisms of fear extinction. *Molecular Psychiatry*, 12(2), 120–150. <https://doi.org/10.1038/SJ.MP.4001939>
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S. y Dalgleish, T. (2015). Systematic Review and Meta-analysis of Transdiagnostic Psychological Treatments for Anxiety and Depressive Disorders in Adulthood. *Clinical Psychology Review*, 40, 91–110. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>
- NICE. (2011). *Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care*. Clinical guideline [CG123]. NICE. British Psychological Society. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92266/>

- Priede-Díaz, A., Cano-Vindel, A., González-Blanch, C., Ruiz-Rodríguez, P. y Moriana, J. A. (2021). Enfoque transdiagnóstico en el tratamiento psicológico de niños y adolescentes. En E. Fonseca-Pedrero (Ed.), *Manual de tratamientos psicológicos: infancia y adolescencia* (pp. 117–141). Pirámide.
- Rachman, S. (1977). The Conditioning Theory of Fear Acquisition: A critical Examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15(5), 375–387. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(77\)90041-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90041-9)
- Ruiz-Rodríguez, P., Cano-Vindel, A., Muñoz Navarro, R., Medrano, L., Moriana, J. A., Buiza Aguado, C., Jiménez Cabré, G. y González-Blanch, C. (2017). Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: una revisión sistemática y crítica [A Systematic Review and Critique of the Economic Impact and Burden of Common Mental Disorders in SPAIN]. *Ansiedad y Estrés*, 23(2–3), 118–123. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.003>
- Sánchez Meca, J., Olivares Rodríguez, J. y Rosa Alcázar, A. I. (1999). Eficacia de las intervenciones conductuales en problemas de ansiedad en España. *Psicología Conductual*, 7(2), 283–300.
- Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B. y Samson, A. C. (2017). Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(2), 261–276. <https://doi.org/10.1007/S10964-016-0585-0>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. y Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Staats, A. W. y Eifert, G. H. (1990). The Paradigmatic Behaviorism Theory of Emotions Basis for Unification. *Clinical Psychology Review*, 10(5), 539–566. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90096-S](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90096-S)
- Stratton, E., Lampit, A., Choi, I., Calvo, R. A., Harvey, S. B. y Glozier, N. (2017). Effectiveness of eHealth Interventions for Reducing Mental Health Conditions in Employees: A Systematic Review and Meta-analysis. *PLOS ONE*, 12(12), Artículo e0189904. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0189904>
- Vázquez, J. (2019, abril). *Modelo de atención a la salud mental en AP en Madrid. Nuevos Modelos de Atención de La Salud Mental En Atención Primaria*. <https://eventos.uam.es/31608>

APLICACIÓN GRUPAL DEL PROTOCOLO UNIFICADO PARA EL TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES EN UNA MUESTRA UNIVERSITARIA

GROUP APPLICATION OF UNIFIED PROTOCOL FOR THE TRANSDIAGNOSTIC TREATMENT OF EMOTIONAL DISORDERS IN A UNIVERSITY SAMPLE

ÁLVARO RODRÍGUEZ-MORA^{1,2,3},
FRANCISCO JAVIER DEL RÍO^{1,2,4},
ISRAEL MALLAT^{1,2}, ELISABETH GEMAR^{1,2},
LAURA BARRILADO^{1,2}, ANTONIO FERNÁNDEZ^{1,2} Y
FEDERICO HERVÍAS¹

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

León-Casas, I. y Rodríguez-Mora, A. (2022). Aplicación grupal del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en una muestra universitaria [Group Application of Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders In A University Sample]. *Acción Psicológica*, 19(2), 97–114. <https://doi.org/10.5944/ap.19.2.37002>

Resumen

Actualmente son pocos los estudios que avalan la eficacia del Protocolo Unificado (PU) para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en

muestras universitarias. El objetivo de este trabajo ha sido evaluar la validez del PU en formato grupal, en modalidad online y presencial, en alumnado universitario. La muestra estuvo compuesta por 35 participantes que demandaron asistencia en el Servicio de Atención Psicológica (SAP) de la universidad de Cádiz. Se administraron como

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Francisco Javier del Río, Universidad de Cádiz, España.
Email: franciscojavier.delrio@uca.es

ORCID: Álvaro Rodríguez-Mora (<https://orcid.org/0000-0003-1869-4840>), Francisco Javier Del Río (<https://orcid.org/0000-0002-9488-7639>), Israel Mallat (<https://orcid.org/0000-0001-9060-6812>), Elisabeth Gemar (<https://orcid.org/0000-0001-9060-6812>), Laura Barrilado (<https://orcid.org/0000-0001-9603-2557>), Antonio Fernández (<https://orcid.org/0000-0002-3819-7940>) y Federico Hervías (<https://orcid.org/0000-0002-8959-2078>).

¹ Universidad de Cádiz.

² Servicio de Atención Psicológica y Psicopedagógica (SAP) de la Universidad de Cádiz, España.

³ Instituto Universitario de Investigación para el Desarrollo Social Sostenible (INDESS), España.

⁴ Instituto de Investigación e Innovación Biomédica de Cádiz (INiBICA), España.

Recibido: 7 de mayo de 2022.

Aceptado: 6 de noviembre de 2022.

instrumentos de evaluación: NEO-FFI; STAI; CORE-OM; SCL-90-R; PANAS y BEAQ; además de un cuestionario ad hoc. La intervención se compuso de la aplicación de 12 sesiones del PU en grupos de 8-10 participantes, durante 90 minutos. Los resultados mostraron una mejora en la gestión emocional de los participantes. Se redujo la sintomatología ansiosa y depresiva. Mejoró el bienestar subjetivo y funcionamiento del alumnado. Asimismo, el PU resultó eficaz como estrategia de afrontamiento ante la experimentación de emociones negativas reduciendo la evitación experiencial. En relación al formato de aplicación, tanto el formato online como presencial resultó ser eficaz para mejorar la sintomatología presente. Por tanto, el PU parece mostrar su utilidad clínica en el abordaje de los trastornos emocionales en esta población tanto de forma online como presencial.

Palabras clave: Protocolo unificado transdiagnóstico; trastornos emocionales; gestión emocional; estudiantes universitarios; aplicación grupal; formato online y presencial.

Abstract

There are currently few studies that support the efficacy of the Unified Protocol (UP) for the transdiagnostic treatment of emotional disorders in university samples. The aim of this study was to evaluate the validity of the PU in a group format, in online and face-to-face modalities, in university students. The sample consisted of 35 participants who requested assistance at the Psychological Attention Service (SAP) of the University of Cadiz. The following assessment instruments were administered: NEO-FFI; STAI; CORE-OM; SCL-90-R; PANAS and BEAQ; as well as an ad hoc questionnaire. The intervention consisted of the application of 12 sessions of the PU in groups of 8-10 participants, for 90 minutes. The results showed an improvement in the emotional management of the participants. Anxiety and depressive symptoms were reduced. The subjective well-being and functioning of the students improved. In addition, the PU was effective as a coping strategy for experiencing negative emotions, reducing experiential

avoidance. In relation to the application format, both the online and face-to-face formats proved to be effective in improving the present symptomatology. Therefore, the PU seems to show its clinical usefulness in addressing emotional disorders in this population both online and face-to-face.

Keywords: Unified transdiagnostic protocol; emotional disorders; emotional regulation; university students; group application; online and face-to-face format.

Introducción

La forma predominante de conceptualizar la psicopatología en el último siglo ha sido a través de la categorización dentro de sistemas taxonómicos formales (Kendler, 2009) y, en consonancia, la práctica clínica ha desarrollado intervenciones específicas dirigidas a cada trastorno (Sakiris y Berle, 2019). Sin embargo, el amplio solapamiento de los síntomas entre los distintos trastornos, especialmente entre ansiedad y depresión, y la amplia tasa de comorbilidad (Jacobson y Newman, 2017), han dado lugar al cuestionamiento de la utilidad clínica de este enfoque (Watkins, 2015). Por ejemplo, se estima que un 4.4 % de la población mundial sufre depresión y un 3.6% ansiedad, mientras que las tasas de comorbilidad son superiores al 50 % (Kessler et al., 2015). Las investigaciones sugieren que la clasificación categorial aumenta la fiabilidad en detrimento de la validez (Barlow et al., 2014).

El enfoque transdiagnóstico surge para abordar estas limitaciones, cambiando la comprensión clásica categorial de la psicopatología por una concepción dimensional y proponiendo la existencia de factores etiológicos y de mantenimientos que son comunes para distintos trastornos (Belloch, 2012). Existen evidencias cada vez mayores de que algunos trastornos del sistema categorial del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5; APA, 2022) no representan constructos únicos, sino que reflejan variaciones relativamente triviales de un síndrome subyacente común (Brown y Barlow, 2009).

Se han identificado una serie de factores transdiagnósticos comunes de orden superior que subyacen a un amplio

grupo de trastornos, como depresión unipolar, ansiedad social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, agorafobia o trastorno obsesivo-compulsivo (Ellard et al., 2010). Uno de estos factores es el afecto positivo y negativo. Se trata de dos dimensiones relacionadas con la experiencia emocional y las estructuras del afecto. El afecto positivo (AP) recoge el grado en que las personas se sienten entusiastas, activas, alerta, enérgicas y la predisposición a experimentar emociones positivas, mientras que el afecto negativo (AN) se relaciona con la vivencia de estados emocionales aversivos como ansiedad, hostilidad, ira, inseguridad, temor, tristeza, y nerviosismo (Watson et al., 1988). Hay correlación positiva entre el afecto negativo y los síntomas de ansiedad y depresión (Toro Tobar et al., 2019).

En el marco del enfoque dimensional o transdiagnóstico, surge el uso del concepto trastornos emocionales. Aunque es ampliamente utilizado en la literatura científica, tal y como afirman (Bullis et al., 2019) se trata de un término ausente de operacionalización explícita, ambiguo y utilizado como “término paraguas”. Para considerar un trastorno como trastorno emocional estos autores determinan que deben manifestarse los siguientes aspectos: (1) se caracteriza por experimentar de manera frecuente e intensa emociones negativas; (2) la persona reacciona aversivamente a esa experiencia emocional, y (3) la persona se esfuerza por disminuir o evitar la experiencia emocional, ya sea de manera preventiva o al inicio de esta. En adelante, los trastornos que se incluirán dentro de esta categoría deberán presumir de factores tanto etiológicos como de mantenimiento, basados en estos criterios.

En los trastornos emocionales se engloban comúnmente a la ansiedad y a la depresión, ya que aparecen los criterios anteriormente mencionados: se caracterizan por la experimentación de emociones negativas de forma frecuente e intensa, llevando al individuo a valorar de forma negativa la experiencia emocional y a realizar esfuerzos para disminuir, escapar o evitar las experiencias donde se produzca (Bullis et al., 2019). En su metaanálisis, Aldao et al. (2010) evidencian que en personas con problemas de ansiedad y depresión existe un déficit común en las estrategias de regulación de emociones negativas (como la aceptación, la reevaluación y la solución de problemas). Más allá de los trastornos relacionados con la ansiedad y

la depresión, existen propuestas para añadir otros trastornos que presentan similitudes con los trastornos emocionales, como el trastorno límite de personalidad (Mohammadi et al., 2018) y el trastorno de estrés postraumático (O'Donnell et al., 2021).

El enfoque dimensional no sólo ha aportado claridad a la hora de comprender los trastornos psicológicos. Ha establecido las bases que han permitido diseñar protocolos que se pueden aplicar a una amplia variedad de pacientes con distintos trastornos y en distintos formatos, como individual o grupal, con pacientes heterogéneos; permite una mayor flexibilidad en la creación de grupos terapéuticos y un menor tiempo de espera para empezar el tratamiento, facilitando el acceso a la intervención terapéutica en el ámbito de la salud pública (Barlow et al., 2019; Sandín, 2012). El Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU) es una intervención centrada en las emociones que consta de cinco módulos o componentes centrales basados en elementos de la terapia cognitivo conductual de probada eficacia que se dirigen a la emocionalidad negativa y a las reacciones aversivas a las emociones (Barlow et al., 2019). Este programa se ha mostrado eficaz, reduciendo significativamente síntomas generales de ansiedad y depresión de sus participantes, así como una mejora de sus niveles de afecto negativo, en comparación con los participantes en lista de espera (Farchione et al., 2012; Sakiris y Berle, 2019).

Debido a su comprobada eficacia, el Protocolo Unificado (PU) para el Tratamiento de Trastornos emocionales se ha adaptado a multitud de poblaciones. En concreto, ya ha sido publicada una adaptación de este para población infantil (UP-C) y adolescente (UP-A; Ehrenreich-May, Kennedy et al., 2017), que ya ha demostrado ser eficaz mediante ensayo controlado aleatorizado (Ehrenreich-May, Rosenfield et al., 2017).

También se ha mostrado eficaz a la hora de intervenir en la regulación emocional de problemas no estrictamente emocionales (Osma et al., 2015). De esta manera el PU ha mostrado versatilidad a la hora de su implementación en diferentes poblaciones y problemáticas. Otra de sus adaptaciones más importantes ha sido la realizada por los autores González-Robles et al. (2015) que han adaptado el pro-

toloco a un formato en línea, facilitando así el acceso a aquellas personas para las que la terapia tradicional no está disponible.

El PU, que se desarrolló como alternativa a los tratamientos específicos para cada trastorno emocional, fue diseñado para ser aplicado de manera individual. En la actualidad, y con el objetivo de mejorar la relación-coste beneficio del programa y reducir las listas de espera se han desarrollado formatos grupales de la intervención, pudiendo así intervenir en varios pacientes al mismo tiempo (Ferrerres-Galán, et al., 2022). Este formato ha demostrado eficacia en adultos (Bullis et al., 2015; Kivity et al., 2020), en adolescentes (García-Escalera et al., 2020) y en niños (Kennedy et al., 2019).

Al mismo tiempo, se han realizado con éxito adaptaciones de la intervención grupal en otros ámbitos, como el de las mujeres sin hogar (Marín et al., 2021), en servicios de atención primaria (De Paul y Caver, 2021), en adolescentes en riesgo de desarrollar trastorno bipolar o esquizofrenia (Weintraub et al., 2020), como intervención preventiva de una sola sesión en estudiantes universitarios (Bermudez et al., 2020), como intervención para la irritabilidad en niños (Hawks et al., 2020) y en el ámbito laboral (Hidaka et al., 2020).

Por otra parte, los estudios sobre la eficacia del protocolo en formato grupal en el contexto universitario (Carlucci et al., 2021; Sakiris y Berle, 2019), muestran efectos positivos (Castro-Camacho et al., 2022; Khakpoor et al., 2019). Los estudios han puesto de manifiesto que la población universitaria presenta una gran variedad de problemas psicológico como la ansiedad a los exámenes, procrastinación académica, miedo a situaciones de escrutinio social (exposiciones orales), miedo al fracaso (suspense de asignaturas, régimen de permanencia universitaria), choque cultural (alumnos de movilidad), alumnos con adaptaciones curriculares motivadas por trastornos de aprendizaje y/o conducta; ante lo que solicitan una gran demanda de los servicios y clínicas universitarias (Marchena et al., 2012; Micin y Bagladi, 2011).

El objetivo de este estudio ha sido evaluar la eficacia y viabilidad de una adaptación del PU para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales en un

formato grupal y en línea en el Servicio de Atención Psicológica y Psicopedagógica (SAP) de la Universidad de Cádiz para dar cobertura a las demandas de los estudiantes. El SAP se creó en 2004 como servicio con “el objetivo de dar un servicio de información, orientación académica y asesoramiento personal” (Marchena et al., 2009, p. 74).

Nuestra hipótesis es que, dado los trabajos revisados en los que el PU se ha mostrado eficaz para intervenir de manera grupal y en población universitaria, la intervención adaptada al formato online y grupal implantada en el Servicio de Atención Psicológica y Psicopedagógica será válida y tendrá utilidad clínica.

Método

Se trata de un estudio cuantitativo con un diseño de tipo cuasiexperimental, con medidas pre-post tratamiento para muestras pareadas relacionadas.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 35 estudiantes de la Universidad de Cádiz que solicitaron asistencia psicológica al Servicio de Atención Psicológica y Psicopedagógica (SAP). Los criterios de inclusión fueron: (a) cumplir los criterios para el diagnóstico de un trastorno emocional, (b) acceder a ser incluido en los grupos de terapia. Los criterios de exclusión fueron: (a) Presentar algún trastorno mental grave (como trastorno psicótico, trastorno bipolar, trastornos de la personalidad, trastorno mental orgánico o dependencia a sustancias), (b) presentar riesgo de suicidio. La edad media fue de 21.82 años (DT = 2.75), con un rango de 17 a 32 años. Del total de la muestra, 25 participantes fueron mujeres (71.4 %) y 10 participantes fueron hombres (28.6 %). Todos firmaron el consentimiento informado para formar parte del grupo de intervención.

Instrumentos

Se administró un cuestionario sociodemográfico ad hoc a todos los participantes, donde se recogía información sobre su sexo, edad, estudios que realizaban y curso en el que se encontraban. Por otra parte, se extrajeron otros datos relevantes (como el motivo de consulta, o la existencia de tratamiento psicológico, psiquiátrico o farmacológico previo) de la “Ficha de acogida”, formulario elaborado por el servicio que cada alumno cumplimenta al realizar la solicitud para recibir atención psicológica. El proceso de evaluación llevado a cabo para seleccionar a los participantes de la terapia grupal consistió fundamentalmente en la administración de los siguientes instrumentos: entrevista semiestructurada, Inventario de los Cinco Factores NEO (NEO-FFI); Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI); Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM), y Cuestionario de 90 Síntomas revisado (SCL-90-R). Posteriormente, si el sujeto evaluado era seleccionado para participar en la terapia grupal, se administraban dos cuestionarios adicionales: Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS); y Cuestionario Breve de Evitación Experiencial (BEAQ).

A continuación, quedan descritos todos los instrumentos que se administraban a los sujetos, teniendo en cuenta que los dos últimos descritos se aplicaron tras ser seleccionados para participar en el estudio:

- **Entrevista semiestructurada, adaptada de Fernández - Ballesteros (1994).**

- **Inventario de los Cinco Factores NEO (NEO-FFI; Costa y McCrae, 1999).** Adaptada al español por Sanz y García-Vera (2009). Está formada por una escala de 60 ítems dirigidos a evaluar diferentes rasgos de personalidad (neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad, y responsabilidad). El formato de respuesta oscila entre 0 (“en total desacuerdo”) y 4 (totalmente de acuerdo). El instrumento muestra buenos índices de fiabilidad, siendo el alfa de Cronbach de .85 para la adaptación española.

- **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, Spielberger et al., 1982).** Este instrumento está formado por una escala de 40 ítems destinados a evaluar la ansiedad en dos factores: ansiedad estado, referente a síntomas de ansiedad manifestados en el momento actual, en el que el

sujeto cumplimenta el cuestionario; y ansiedad rasgo, destinado a evaluar la tendencia general del sujeto a experimentar síntomas de ansiedad. El formato de respuesta oscila entre 0 (“nada”) y 3 (“mucho”). Muestra buenos índices de fiabilidad, habiéndose sido validado en población universitaria con un alfa de Cronbach de .93 (Fonseca-Pedrero et al., 2012).

- **Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM) versión española.** Se trata de un instrumento diseñado para la evaluación del progreso terapéutico. Está formado por una escala 34 ítems, con una escala de respuesta que oscila entre 0 (“nunca”), y 4 (“siempre”). Este instrumento tiene como objetivo evaluar el progreso terapéutico respecto a seis dimensiones principales: Bienestar; Problemas; Funcionamiento General; Riesgo; VISI General (Índice General de Visibilidad de la sintomatología); y VISI R (Índice General de Visibilidad de la sintomatología menos la puntuación en Riesgo). La adaptación española presenta una fiabilidad aceptable ($\alpha = .71$; Feixas et al., 2012; Trujillo et al., 2016).

- **Cuestionario de 90 Síntomas revisado (SCL-90-R; González de Rivera et al., 2002).** Este instrumento está formado por 90 ítems, con una escala de respuesta que oscila entre 0 (“nada, en absoluto”), y 4 (“mucho o extremadamente”). Tiene como finalidad evaluar la existencia de diversos síntomas clínicos, a través de las siguientes dimensiones: Somatizaciones; Obsesiones y compulsiones; Sensitividad interpersonal; Depresión; Ansiedad; Hostilidad; Ansiedad fóbica; Ideación paranoide; Psicoticismo; Índice global de severidad; Índice de malestar sintomático positivo; Total de malestar positivo. La fiabilidad del instrumento en población universitaria es aceptable, con unos coeficientes de consistencia interna que oscilan entre .69 y .97 (Caparrós-Caparrós et al., 2007).

- **Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) (Watson et al., 1988).** Posee un formato de 20 ítems formados por adjetivos, 10 de afecto positivo, y 10 de afecto negativo. La escala de respuesta oscila entre 1 (“nada o casi nada”), y 5 (“muchísimo”). El sujeto debe responder teniendo en cuenta la intensidad con la que experimenta esos sentimientos. Su fiabilidad para muestras españolas es alta tanto para la subescala de afecto positivo ($\alpha = .89$),

como para la de afecto negativo ($\alpha = .91$; Sandín et al., 1999).

- **Cuestionario Breve de Evitación Experiencial (BEAQ; Gámez et al., 2014).** Consta de un total de 15 ítems con una escala de respuesta tipo Likert, que oscila entre 1 (“muy en desacuerdo”) y 6 (“muy de acuerdo”), destinados a evaluar distintas estrategias de evitación experiencial. La adaptación al español mostró una consistencia interna satisfactoria, con un índice alfa de Cronbach de .82 (Vázquez-Morejón et al., 2019).

Procedimiento

Una vez obtenidos los resultados de los cuestionarios de evaluación inicial (entrevista semiestructurada, NEO-FFI, CORE-OM, STAI, y SCL-90-R), y sabiendo la demanda del sujeto, se informó a los participantes de las características del Protocolo Unificado Transdiagnóstico para los Problemas Emocionales (PU), y de cómo se implanta en el SAP. Se enfatizaron las ventajas del formato grupal y de la idoneidad para su caso en particular. Si la persona aceptaba participar en la terapia, se le pedía que cumplimentara dos cuestionarios adicionales comentados anteriormente (PANAS y BEAQ).

La intervención con el PU se compuso por un total de 12 sesiones semanales de 1 hora y media de duración aproximadamente. Los grupos estaban formados entre 8 y 12 participantes. Fueron seleccionados aquellos que, en el proceso de evaluación, mostraron principalmente sintomatología ansiosa y/o depresiva de intensidad media. Por su parte, se excluyeron a aquellos que, según el criterio de los clínicos, precisaban de una atención individualizada y/o de carácter urgente. Además, se priorizaron aquellos participantes que, en consecuencia, a su demanda pudieran beneficiarse en mayor medida del programa. El formato de aplicación fue en línea, lo que permitió la participación del alumnado que vivía lejos del SAP de la Universidad de Cádiz. Asimismo, ofrecía la posibilidad de compaginarlo con estudios, prácticas o trabajo. El PU fue llevado a cabo por psicólogos del SAP.

Todas las sesiones siguieron una estructura común: se comenzaba con un repaso de las tareas para casa, luego se presentaban los objetivos de la sesión, siguiendo con la

presentación de los contenidos, y se finaliza con una ronda de preguntas y explicación de las tareas para casa. No obstante, este esquema era flexible, pues en cada una de las sesiones se animaba a la participación, y ésta a veces determina el ritmo de estas.

Descripción de las sesiones

Primera sesión: Estableciendo objetivos

Al comienzo de esta primera sesión, los terapeutas se presentan y explican las características y normas de la terapia grupal (confidencialidad, compromiso, puntualidad, respeto y responsabilidad). Además, se definen los trastornos emocionales y por qué este programa ha sido diseñado para su abordaje. Luego, se pide a los participantes que se presenten. Se continúan explicando las características del tratamiento, los objetivos y contenidos de este, así como los documentos que se utilizarán a lo largo de las sesiones. Dentro de estos últimos se incluyen las presentaciones en formato powerpoint y el Manual del Paciente, que incluye la información y las recomendaciones necesarias para abordar los temas tratados en sesión. Posteriormente, se presenta el registro de emociones (autorregistros que el paciente va rellenando en función de los contenidos trabajados y emociones experimentadas). Se hace hincapié en su utilidad al tratarse de una tarea a realizar cada semana. Una vez aclarados todos estos puntos, se comienza con el primero de los módulos: “Estableciendo objetivos y manteniendo la motivación”. Se establecen objetivos terapéuticos específicos, medibles, alcanzables y realistas. Además, se enfatiza en la importancia de mantener la motivación para la consecución de estos. Finalmente, se emplean dos autorregistros: “objetivos del taller” para especificar objetivos a partir de los problemas principales, y “balance decisional”, para ser conscientes de los pros y los contras del cambio terapéutico.

Segunda sesión: Comprendiendo tus emociones

La segunda y tercera sesión corresponden al módulo 2 “Comprendiendo tus emociones”. En la segunda sesión se trabaja la comprensión de las emociones a través de la psicoeducación. Su objetivo es aprender por qué estas son ne-

cesarias en nuestro día a día, incluyendo aquellas que resultan más desagradables. Además, se enseña a diferenciar los 3 componentes de las emociones (cognitivo, fisiológico y conductual). De esta manera se perciben como más manejables y fáciles de gestionar. Por último, se ofrecen unas “preguntas guías” que ayudan a identificar mejor estas tres partes. Como tarea para casa, se les pide rellenar el registro “modelo de los tres componentes de la emoción”. Su finalidad es que puedan practicar lo aprendido con ejemplos reales que vivan en primera persona durante la semana.

Tercera sesión: Siguiendo el ARCO

Los contenidos abordados en la tercera sesión complementan aquellos trabajados anteriormente realizados. Gracias al ARCO de las emociones (Antecedentes - Respuesta - Consecuencias) se comprenden mejor los patrones que desencadenan la respuesta emocional. Asimismo, esta herramienta ayuda a analizar las consecuencias tanto a corto como a largo plazo de dicha experiencia emocional. La finalidad que se persigue es descomponer la emoción en partes más manejables, ser conscientes de su función y aprender a contextualizarlas. Como tarea para casa, se utiliza el registro “Siguiendo tu ARCO”.

Cuarta sesión: Conciencia emocional plena I

La cuarta y quinta sesión corresponden al tercer módulo del PU, denominado “Conciencia emocional”. A lo largo de estas dos sesiones, se trabajan los diferentes ejercicios formales de meditación (meditación en conciencia emocional plena, inducción del estado de conciencia plena y anclarse en el presente). El objetivo que se busca es entender los beneficios que tiene utilizar la conciencia emocional centrada en el presente, sin juzgar las experiencias emocionales. En la cuarta sesión se trabajan los dos primeros ejercicios, el primero de ellos, mediante un audio de meditación guiada, y el segundo, a través de la música. Con la meditación guiada se persigue entender que los pensamientos no son hechos, y practicar la observación de los pensamientos como testigos imparciales. El fin es no juzgar y permanecer en el momento presente cuando se experimenta una emoción intensa, lo cual supone un es-

fuerzo mayor. Como tarea para casa, los participantes deben poner en práctica estos dos ejercicios, plasmando los resultados en el registro “Conciencia emocional plena”.

Quinta sesión: Conciencia emocional plena II

En la quinta sesión se presenta el último de los ejercicios llamado “Anclarse en el presente”. Su objetivo es poner en práctica la meditación en conciencia emocional plena cuando el paciente se halla en un estado emocional determinado en la vida real (sin inducirlo). Para pasar a esta última actividad, es necesario haber practicado con anterioridad la meditación guiada y la inducción de conciencia plena. Esto se debe a que “anclarse en el presente” conlleva haber integrado los principios de la conciencia emocional. Este ejercicio se presenta a través de 4 pasos que la persona ha de ir completando, con el fin de ajustar la respuesta a lo que está ocurriendo en el momento presente. Esto permite un mejor ajuste y, por tanto, una mayor gestión emocional. Como tarea para casa, han de poner en práctica este ejercicio y plasmar los resultados en el registro “Conciencia emocional plena”. Por último, es importante destacar que, a partir de este momento, la práctica continuada de la conciencia emocional será muy recomendada a lo largo del tratamiento.

Sexta sesión: Flexibilidad cognitiva I

La sexta sesión da paso al cuarto módulo del PU denominado “flexibilidad cognitiva”, y que se trabaja en dos sesiones. Los objetivos de esta sesión son: entender cómo los pensamientos influyen en cómo nos sentimos (y viceversa), identificar patrones de pensamiento negativo y aprender a ser más flexibles en la forma de pensar. Para trabajar todo esto es necesario dedicar parte de la sesión a explicar distintos conceptos como: “pensamientos automáticos” y “flexibilidad cognitiva”. Además, se presentan algunos de los errores cognitivos más frecuentes en las personas con problemas emocionales, como la “sobreestimación de la probabilidad” o la “catastrofización”. Finalmente, para trabajar la flexibilidad cognitiva, se les ofrece un listado de preguntas que ayudan a debatir los errores de pensamientos y a crear otros más adaptativos. Esta herramienta la deben de poner en práctica durante la semana,

plasmando los resultados en el registro “Practicando la flexibilidad cognitiva”.

Séptima sesión: Flexibilidad cognitiva II

En la séptima sesión se sigue trabajando la flexibilidad cognitiva. Se comienza realizando un breve repaso de los contenidos y tareas de la sesión anterior (incluyendo el registro “Practicando la flexibilidad cognitiva”). El objetivo principal de esta sesión es que los pacientes aprendan a detectar sus pensamientos automáticos centrales (PAC). Y, además, se pone el foco en que puedan utilizar la herramienta de la flexibilidad cognitiva para buscar alternativas a esos PAC. Para lograrlo, se hace una distinción clara entre los pensamientos negativos automáticos y los PAC. Estos últimos no son referentes a una situación concreta, sino más bien hacen referencia a una visión que tiene la persona sobre sí misma, sobre los demás, o sobre el mundo. Se hace uso del “Registro de flechas descendentes” para detectar estos pensamientos, y se trabaja la flexibilidad cognitiva respecto a ellos.

Octava sesión: Oponiéndose a las conductas emocionales

En esta sesión se aborda otro de los componentes de la respuesta emocional del sujeto: las conductas emocionales. Los objetivos son los siguientes: a) Aprender sobre las conductas asociadas con las emociones intensas. b) Comprender cómo esas conductas influyen en las experiencias emocionales. c) Identificar y oponerse a diferentes conductas emocionales. d) Identificar acciones alternativas para las conductas emocionales. Es necesario que los sujetos aprendan a detectar las conductas emocionales adaptativas y desadaptativas, así como las distintas estrategias de evitación que ponen en marcha para no experimentar o afrontar emociones intensas desagradables (evitación manifiesta, conductas sutiles de evitación, evitación cognitiva, y conductas de seguridad). Así, se hace uso del registro “Oponiéndose a las conductas emocionales”, donde los participantes registran la situación concreta, la emoción que experimentan, y la conducta emocional que llevan a cabo. Una vez registrado esto se les pide que registren algunas acciones alternativas a esa conducta emocional que conlleven un afrontamiento más adaptativo a esa situación. Además, se les anima a que sean capaces de especi-

ficar las consecuencias que esas estrategias de afrontamiento tienen tanto a corto como a largo plazo.

Novena sesión: Afrontando las sensaciones físicas

La novena sesión está dedicada al último componente de la respuesta emocional: las sensaciones físicas. Los objetivos de esta sesión son: aprender a identificar las sensaciones físicas asociadas a sus emociones, comprender el impacto que tienen en su experiencia emocional y hacerles frente mediante ejercicios de exposición. Para ello, se dedica gran parte de la sesión a debatir sobre cómo la manifestación de ciertas sensaciones interoceptivas afecta a la experiencia emocional completa. Se pide a los participantes que pongan ejemplos de su vida cotidiana. Asimismo, se recalca la importancia y la utilidad de la exposición interoceptiva a las sensaciones físicas. También se ponen ejemplos de qué ejercicios pueden emplearse para inducir determinadas sensaciones físicas. Por ejemplo, si queremos provocar hiperventilación, un ejercicio podría ser respirar a través de una pajita finita. El autorregistro donde los participantes deberán volcar la información sobre los ejercicios empleados se denomina “Práctica de sensaciones físicas”. En él deben indicar el malestar asociado y la similitud a la emoción experimentada en la situación real. Gracias a la práctica continuada de estos ejercicios de exposición, se espera que se produzca habituación y, por ende, una mayor tolerancia a las sensaciones físicas desagradables.

Décima sesión: Exposiciones emocionales

En la décima sesión, se comienza a trabajar la exposición emocional, que constituye el último módulo del programa. Se plantean los siguientes objetivos: a) Entender el propósito de la exposición emocional, practicando las habilidades que se han estado adquiriendo. b) Aprender cómo diseñar ejercicios eficaces de exposición emocional. c) Elaborar una jerarquía de exposición emocional. d) Practicar el afrontamiento a las emociones intensas a través de ejercicios de exposición emocional en imaginación. Se introduce en qué consiste la exposición emocional, resaltando la importancia de llevarla a cabo. Se hace entender a los participantes las consecuencias adaptativas que la exposición tiene con respecto a la evitación emocional.

Se explican los principales tipos de exposiciones emocionales (interoceptiva, aplicada en la sesión anterior; en imaginación, que será practicada en esta sesión; y situacional o en vivo, que será aplicada en la próxima sesión). Se explica, asimismo, la realización de la jerarquía de exposición, y se pide que diseñen ejercicios de exposición en imaginación de los elementos inferiores de la jerarquía. Esto último siempre que les sea posible y se adapte a su caso.

Undécima sesión: Exposiciones situacionales

En la penúltima sesión del programa, se continúa abordando las exposiciones emocionales, en concreto, situacionales o en vivo. Tras comentar la experiencia de cada uno de los participantes con la exposición emocional en imaginación, y resolver las dudas y problemas que han podido surgir, se dan algunas pautas para la exposición emocional situacional. Se explica a los participantes cómo diseñar los ejercicios de exposición, y se hace uso del registro “Práctica de exposición emocional”. Esta práctica facilita a los usuarios el desarrollo de los ejercicios, registrando cómo pueden utilizar en la exposición cada una de las estrategias aprendidas durante el programa. Resulta relevante resolver las dudas que pueden tener los participantes, así como trabajar la motivación ante la dificultad y el rechazo que puede existir a exponerse a situaciones complicadas, que no han sabido o podido afrontar adaptativamente en el pasado.

Duodécima sesión: Pasos a seguir a partir de aquí

La última sesión del programa va encaminada a las siguientes tareas: a) Revisar los mensajes clave del programa. b) Evaluar el progreso que los participantes han tenido a lo largo del mismo. c) Revisar los objetivos del tratamiento especificados durante la primera sesión. d) Desarrollar un plan de práctica para que puedan continuar con la consecución de los objetivos tras la finalización del programa. Esto resulta particularmente importante, en la medida en la que se motiva a cada usuario para que, de forma autónoma, siga aplicando las estrategias aprendidas durante el programa en su vida diaria. Asimismo, se le anima

a que continúe con los ejercicios de exposición que aún no se han abordado.

Al finalizar la intervención, con el objetivo de medir la viabilidad y satisfacción de la intervención en los participantes, se administró una escala de satisfacción diseñada ad hoc. Esta escala se compone de 6 preguntas relacionadas con la eficacia del programa y el grado de recomendación de este valorándose de 1 (baja satisfacción) a 10 (alta satisfacción).

Análisis estadístico

Se calcularon estadísticos descriptivos (media y desviación típica) para las variables sociodemográficas. Para decidir el tipo de contraste de hipótesis a utilizar, se verificó previamente la normalidad de los datos, mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, así como la homocedasticidad, mediante la prueba de Levene. En ambos casos los resultados recomendaron realizar contrastes no paramétricos. Estos cálculos se realizaron utilizando el programa SPSS© Software IBM© Statistics Versión 24. Para evaluar el tamaño del efecto se utilizó en programa Excel, a través de las puntuaciones medias, las desviaciones típicas y la N en cada una de las escalas en las dos mediciones

Resultados

En primer lugar, se exponen los resultados descriptivos de la muestra. En la Tabla 1 se recogen los resultados de las variables académicas. Como se observa la mayoría de los participantes pertenecían a estudios de la rama de las ciencias sociales y jurídicas (31.4 %), seguido de los estudios de la rama de las ciencias (22.9 %).

A continuación, se contrastó las diferencias entre las medidas antes de la realización del PU y las medidas tras la realización del protocolo. En la Tabla 3 se pueden observar los datos descriptivos de las diferentes medidas de los cuestionarios utilizados, así como la significación estadística.

Tabla 1

Resultados descriptivos de variables sociodemográficas de la muestra (N = 35)

		N	%
Rama de conocimiento	Artes y humanidades	6	17.1
	Ciencias sociales y jurídicas	11	31.4
	Ingeniería y tecnología	6	17.1
	Ciencias	8	22.9
	Ciencias de la salud	4	11.4
Curso	1º de grado	4	11.4
	2º de grado	6	17.1
	3º de grado	9	25.7
	4º de grado	10	28.6
	Doctorado	5	14.3
	Master/posgrado	1	2.9

En la Tabla 2 dos se recogen los resultados correspondientes a las variables relacionadas con la demanda de atención en el servicio de atención psicológica.

Tabla 2.

Resultados descriptivos de relacionados con la atención de la muestra (N = 35)

		N	%
Motivo de consulta	Ansiedad	22	69.2
	Trastornos del estado de ánimo	3	86.0
	Déficit de regulación emocional	6	17.1
	Baja autoestima	2	5.7
	Mixtos (ansiedad, depresión, estrés)	2	5.7
Ha recibido psicoterapia anterior	Si	9	25.7
	No	26	74.3

Los resultados indican un aumento de la puntuación en extraversión y disminución en la puntuación en neuroticismo, siendo la diferencia entre puntuaciones estadísticamente significativas en la mayoría de las variables. En las únicas variables en las que la diferencia no fue significativa son: extraversión, responsabilidad, PANAS positivo y PANAS negativo. Por tanto, las puntuaciones mejoran en todas las demás variables de forma significativa. Finalmente se analizó el tamaño del efecto a través de la G de Hedges. Se determinó el tamaño del efecto según los

estándares (Cohen, 1988) y se encontró un tamaño del efecto pequeño (0.1-0.2) en extraversión, apertura, amabilidad, riesgo, hostilidad y ansiedad fóbica; tamaño del efecto pequeño (0.2-0.5) en neuroticismo, funcionamiento general, somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, ansiedad, ideación paranoide, psicoticismo, PANAS positivo y PANAS negativo; tamaño del efecto mediano (0.5-0.8) en problemas, ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión y BEAQ; un tamaño de efecto grande en (0.8-1.2) VISI general (índice general de visibilidad de la sintomatología) y VISI R (índice general de visibilidad de la sintomatología menos la puntuación en riesgo); y un tamaño del efecto muy grande (> 1.2) en el índice somático general.

Viabilidad y satisfacción con la intervención mediante el PU

En relación con la escala de satisfacción, en la Figura 1 se recogen los resultados obtenidos por participantes en los grupos de intervención mediante el PU. Se puede observar cómo los niveles de satisfacción son altos, principalmente vinculados a la satisfacción con la intervención recibida.

Figura 1

Medias de la escala de satisfacción (N = 35).

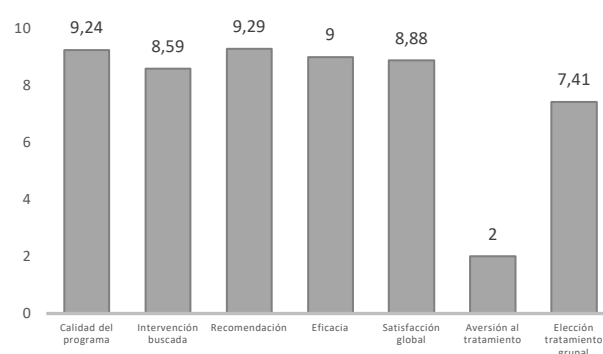


Tabla 3
Datos descriptivos y prueba de contraste de hipótesis (N = 35)

	Medida Pre		Medida Post		<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	
Neuroticismo	33.19	6.93	25.17	9.03	< .001
Extraversión	25.85	7.86	28.53	7.64	.053
Apertura	29.89	8.20	31.33	8.05	.011
Amabilidad	30.96	6.53	31.60	6.39	.008
Responsabilidad	28.28	6.10	31.97	5.56	.258
Bienestar	10.98	2.78	6.86	3.24	< .001
Problemas	27.69	8.66	14.91	9.51	< .001
Funcionamiento general	20.82	5.86	12.94	7.40	< .001
Riesgo	3.02	2.64	1.26	2.45	< .001
VISI general	62.51	16.39	35.89	19.52	< .001
VISI R	59.49	15.14	34.71	18.21	< .001
Ansiedad estado	31.28	10.25	18.61	11.17	< .001
Ansiedad rasgo	37.83	9.45	24.22	14.92	< .001
Somatización	15.45	10.70	7.67	7.89	< .001
Obsesión-compulsión	20.43	8.72	12.59	8.20	< .001
Sensibilidad Interpersonal	15.29	7.68	8.78	7.83	< .001
Depresión	28.00	9.62	14.56	11.63	< .001
Ansiedad	15.32	8.58	7.53	7.91	< .001
Hostilidad	6.25	4.44	3.47	4.91	< .001
Ansiedad fóbica	5.49	5.21	2.81	4.19	< .001
Ideación Paranoide	7.86	4.91	4.12	4.09	< .001
Psicoticismo	10.94	5.82	4.89	4.50	< .001
Índice somático general	136.70	55.22	71.67	57.95	< .001
PANAS positivo	25.64	7.90	30.92	8.03	.583
PANAS negativo	24.93	7.50	18.92	7.42	.069
BEAQ	52.36	10.25	36.36	12.31	.012

Nota: Pre, medida tomada antes de realizar la intervención; Post, medida tomada tras realizar la intervención; *p*, contraste de hipótesis mediante la prueba U de Mann-Whitney; *g*, *G* de Hedges; VISI General, Índice General de Visibilidad de la sintomatología; VISI R, Índice General de Visibilidad de la sintomatología menos la puntuación en Riesgo; BEAQ, Cuestionario Breve de Evitación Experiencial.

Discusión

El presente estudio recoge los resultados obtenidos tras la aplicación del PU que ha resultado ser eficaz para mejorar la regulación emocional según la bibliografía revisada. En este estudio se adaptó y aplicó el PU en formato grupal, en línea y de forma sincrónica, en un contexto universitario. El objetivo del trabajo fue evaluar la viabilidad y eficacia del PU para la regulación emocional de los participantes, y conocer la utilidad clínica de la intervención propuesta en este contexto y población. Debemos hacer

constar que los resultados de este estudio son preliminares y proponen un recurso alternativo a las clínicas universitarias para tratar los trastornos emocionales prevalentes en población universitaria.

Los resultados del trabajo confirman la hipótesis propuesta sobre la viabilidad y utilidad clínica de las intervenciones de PU en formato grupal en línea en contexto universitario coincidiendo con otros estudios (Arrigoni et al., 2021; Bullis et al., 2015; Carlucci et al., 2021; Castro-Camacho et al., 2022; Khakpoor et al., 2019; Martínez-Borba et al., 2022; Osma et al, 2021; Sakiris y Berle, 2019).

Concretamente, los resultados señalan que se ha producido una mejora en las puntuaciones en los pacientes. En relación con la personalidad se obtienen cambios en las puntuaciones de forma significativa en la dimensión extraversión y neuroticismo. Estos resultados son coincidentes y avalan los obtenidos por otros estudios sobre la afectividad negativa y el PU. En dichos trabajos se establece una mejora relevante en la dimensión de neuroticismo o afecto negativo (Gallagher, et al., 2014; Sauer-Zavala et al., 2020; Zemestani et al., 2021). Sin embargo, aunque al evaluar directamente el afecto negativo mediante el PANAS se observa un decremento en las medias entre la evaluación inicial y el postest, esta diferencia no llega a ser significativa. En relación con la dimensión extraversión, los resultados no muestran una diferencia significativa entre medias, aunque la significación obtenida es muy justa, a diferencia de varios trabajos donde informan de una mejora en la extraversión y la afectividad positiva (Gallagher, et al., 2014; Sauer-Zavala et al., 2020; Zemestani et al., 2021). Al igual que sucede anteriormente con la dimensión neuroticismo y afectividad negativa, las puntuaciones obtenidas en el PANAS para la afectividad positiva se incrementa entre la evaluación inicial y el postest, sin embargo, no se obtienen diferencias significativas. Podría explicarse esta circunstancia ya que, al medirse el afecto negativo y positivo con un instrumento específico, los participantes sean más conscientes de su situación emocional, que al medirse mediante un instrumento de personalidad. Aun así, sería interesante evaluar la evolución de estas variables en los meses siguientes para obtener más conclusiones.

Respecto al área emocional, todos los participantes mostraron mejoras en las puntuaciones finales tras la intervención respecto a las puntuaciones iniciales. Concretamente, los participantes redujeron la sintomatología ansiosa y depresiva tras la aplicación del PU. Los resultados siguen la línea de los obtenidos por Bullis et al., (2015), donde la aplicación del PU reduce dicha sintomatología. Por tanto, la aplicación del PU en este formato pareció ser útil clínicamente para eliminar la sintomatología relacionada con la ansiedad y el estado de ánimo, con una potencia del efecto del tratamiento aceptable (Osma et al., 2015).

Asimismo, se observó una mejora en el bienestar subjetivo, y en el funcionamiento general de los participantes. Respecto a la psicopatología medida mediante el SCL-90 y la presencia de problemas, así como el riesgo (que evalúa indicadores clínicos de intentos de suicidio, autolesiones o actos de agresión a terceros) medido mediante el CORE-OM, la aplicación del PU también pareció resultar útil para eliminar dicha sintomatología. Sin embargo, se debe tomar estos resultados con cautela ya que se trataba de una muestra subclínica, y la potencia del efecto en algunos síntomas fue pequeña o mediana. Asimismo, sería conveniente establecer seguimientos periódicos para analizar la estabilidad de los cambios obtenidos.

Por su parte, el PU también resultó útil como estrategia de afrontamiento ante la experimentación de emociones negativas, ya que los participantes redujeron de forma significativa la evitación experiencial. Por tanto, el PU parece ser un recurso adecuado como estrategia de afrontamiento ante la exposición a emociones evaluadas como negativas por parte de los sujetos (Arrigoni, et al., 2021; Ruiz et al., 2019).

Respecto al formato de aplicación del PU, los resultados obtenidos ponen de manifiesto que aplicar el protocolo en línea parece resultar beneficioso y eficaz (González-Robles et al., 2015). No obstante, cabe mencionar que la muestra estaba formada por estudiantes universitarios, los cuales están familiarizados con las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs). Además, se ha constatado que el nivel educativo influye en la adherencia al tratamiento al formato en línea (Martínez-Borba et al., 2022). Por tanto, futuros estudios deberían realizar comparaciones entre grupos poblacionales distintos para evaluar este aspecto (Botella-Arbona et al., 2019; Osma, 2019).

En referencia a la aceptabilidad (nivel de satisfacción) de la intervención aplicada en formato grupal y en línea, todos los participantes informaron altos niveles de satisfacción, principalmente referidos a la eficacia del PU. Los resultados son coincidentes con el estudio piloto recientemente publicado donde concluían que el 80 % de los participantes del estudio presentaron altos niveles de satisfacción y adherencia al tratamiento (Martínez-Borba et al., 2022).

La alta presencia de trastornos psicopatológicos y la falta de profesionales para atender en las clínicas universitarias, evidencia la utilidad clínica del PU en los contextos universitarios. Asimismo, a causa de la pandemia ocasionada por el coronavirus Sars Cov 2 en 2020, la clínica universitaria se vio obligada a atender al alumnado de forma virtual. Sin embargo, esto ha abierto la puerta al formato grupal en línea que, en vista la eficacia de este formato se ha convertido en una alternativa para aquel alumnado que o bien no puede acudir de forma presencial o que por motivos académicos se encuentra fuera de la ciudad o el país (Ferrerres-Galán et al., 2022).

Finalmente, este trabajo no está exento de ciertas limitaciones. En primer lugar, la muestra estaba compuesta por estudiantes universitarios, los cuales tienen mayor adherencia al tratamiento en formato en línea. Para poder generalizar la utilidad terapéutica de este formato, sería conveniente compararlo con otros grupos, tanto de edad como de nivel educacional. En segundo lugar, este trabajo no presenta seguimientos, por lo que no se puede determinar si el efecto del PU se mantiene a lo largo del tiempo tras la finalización de la intervención, y hasta cuándo se mantiene. Asimismo, se ha referido que el PU es una buena estrategia de afrontamiento de las emociones negativas, sin embargo, debería de evaluarse si esta estrategia permanece en el tiempo en los participantes tras la finalización de la intervención.

En definitiva, los resultados preliminares de este estudio resultan prometedores y se suman a los resultados aportados sobre la utilidad clínica y la aceptabilidad de la PU aplicada en formato grupal en línea en contexto universitario.

Referencias

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation Strategies across Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª ed., rev.). Autor.
- 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), Artículo e12278. <https://doi.org/10.1037/h0101755>
- Arrigoni, Flavia, Marchena-Consejero, E. y Navarro-Guzmán, José I. (2021). Aplicación y evaluación de la eficacia del protocolo unificado transdiagnóstico con estudiantes universitarios españoles [Application and Evaluation of the Efficacy of the Unified Transdiagnostic Protocol with Spanish College Students]. *Revista Costarricense de Psicología*, 40(2), 149–169.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J. R. y Carl, J. R. (2014). The Origins of Neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 481–496. <https://doi.org/10.1177/1745691614544528>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray Latin, H., Ellard, K., Bullis, J., Bentley, K., Boettcher, H. y Cassiello-Robbins, C. (2019b). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales: Manual del terapeuta [Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorder: Workbook]* (Trad. J. J. Osma López y E. Crespo Delgado; 2ª ed. rev y act.). Alianza.
- 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(3), 295–311.

<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11845>

- Bermudez, M. B., Costanzi, M., Macedo, M. J. A., Tatton-Ramos, T., Xavier, A. C. M., Ferrão, Y.A., Bentley, K. H., Manfro, G. G. y Dreher, C.B. (2020). Improved Quality of Life and Reduced Depressive Symptoms in Medical Students after a Single-Session Intervention. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(2), 145–152. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0526>
- Botella-Arbona, C., García Palacios, A., Días García, A., González Robles, A. y Castilla López, D. (2019) protocolo de tratamiento transdiagnóstico online para los trastornos emocionales. En J. Osma (coord.), *Aplicaciones del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de la disregulación emocional* (pp. 297–318). Alianza.
- 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), Artículo e12278. <https://doi.org/10.1111/CPSP.12278>
- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R. y Barlow, D. H. (2015). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Behavior Modification*, 39(2), 295–321. <https://doi.org/10.1177/0145445514553094>
- Caiado, B., Góis, A., Pereira, B., Canavarro, M. C. y Moreira, H. (2022). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children (UP-C) in Portugal: Feasibility Study Results. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), Artículo 1782. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031782>
- Caparrós-Caparrós, B., Villar-Hoz, E., Juan-Ferrer, J., y Viñas-Poch, F. (2007). Symptom Check-List-90-R: Fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios [Symptom Checklist-90-R: Psychometric Properties in a Representative Sample of University Students]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 781–794.
- 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>
- Castro-Camacho, L., Díaz, M. M. y Barbosa, S. (2022). Effect of a Group Prevention Program Based on the Unified Protocol for College Students in Colombia: A Quasi-experimental Study. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 32(2), 111–123. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2021.04.001>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2ª ed.). LEA.
- De Paul, N. F. y Caver, K. A. (2021). A Pilot Study of a Brief Group Adaptation of the Unified Protocol in Integrated Primary Care. *Psychological Services*, 18(3), 416–425. <https://doi.org/10.1037/ser0000406>
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2010). Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Protocol Development and Initial Outcome Data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 88–101. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.002>
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bilek, E. L., Buzzella, B. A., Bennett, S. M. y Barlow, D. H. (2017). *Unified Protocols for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in children and adolescents: Therapist Guide*. Oxford University Press.
- Ehrenreich-May, J., Rosenfield, D., Queen, A. H., Kennedy, S. M., Remmes, C. S. y Barlow, D. H.

- (2017). An Initial Waitlist-Controlled Trial of the Unified Protocol for the Treatment of Emotional Disorders in Adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 46, 46–55. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.006>
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W. y Barlow, D. H. (2012). Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 43(3), 666–678. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). *El proceso de evaluación psicológica*. UNED.
- Ferreres-Galán, V., Quilez-Orden, A. B. y Osma, J. (2022). Application of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Post-Bariatric Surgery Patients: An Effectiveness and Feasibility Study in Group Format. *Anales de Psicología*, 38(1), 219–231. <https://doi.org/10.6018/analesps.482301>
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lennos-Girald, S. y Muniz, J. (2012). Propiedades psicométricas del "Cuestionario de ansiedad estado-rasgo" (STAI) en universitarios [Psychometric properties of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in college students]. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica y de la Salud*, 20(3), 547–561.
- Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S. E., Boswell, J. F., Carl, J. R., Bullis, J., Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2013). The Impact of the Unified Protocol for Emotional Disorders on Quality of Life. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(1), 57–72. <https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.1.57>
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., Suzuki, N. y Watson, D. (2014). The Brief Experiential Avoidance Questionnaire: Development and Initial Validation. *Psychological Assessment*, 26(1), 35–45. <https://doi.org/10.1037/a0034473>
- García-Escalera, J., Valiente, R. M., Sandín, B., Ehrenreich-May, J., Prieto, A. y Chorot, P. (2020). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (UP-A) Adapted as a School-Based Anxiety and Depression Prevention Program: An Initial Cluster Randomized Wait-List-Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 51(3), 461–473. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.08.003>
- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez-Abuín, M. J. y Rodríguez-Pulido, F. (2002). *El cuestionario de 90 síntomas* (adaptación española del SCL-90R de L. R. Derogatis). TEA.
- González-Robles, A., García-Palacios, A., Baños, R., Riera, A., Llorca, G., Traver, F., Haro, G., Palop, V., Lera, G., Romeu, J. E. y Botella, C. (2015). Effectiveness of a Transdiagnostic Internet-Based Protocol for the Treatment of Emotional Disorders versus Treatment as Usual in Specialized Care: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Trials*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-1024-3>
- Hawks, J. L., Kennedy, S. M., Holzman, J. B. W. y Ehrenreich-May, J. (2020). Development and Application of an Innovative Transdiagnostic Treatment Approach for Pediatric Irritability. *Behavior Therapy*, 51(2), 334–349. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.07.004>
- Hidaka, Y., Imamura, K., Sekiya, Y., Watanabe, K. y Kawakami, N. (2020). Effects of a Transdiagnostic Preventive Intervention on Anxiety and Depression Among Workers in Japan. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 62(2), e52–e58. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001796>
- Jacobson, N. C. y Newman, M. G. (2017). Anxiety and Depression as Bidirectional Risk Factors for one Another: A Meta-analysis of Longitudinal Studies.

- Psychological Bulletin*, 143(11), 1155–1200.
<https://doi.org/10.1037/bul0000111>
- Kendler, K. S. (2009). An Historical Framework for Psychiatric Nosology. *Psychological Medicine*, 39(12), 1935–1941.
<https://doi.org/10.1017/S0033291709005753>
- Kennedy, S. M., Bilek, E. L. y Ehrenreich-May, J. (2019). A Randomized Controlled Pilot Trial of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children. *Behavior Modification*, 43(3), 330–360.
<https://doi.org/10.1177/0145445517753940>
- Kessler, R. C., Sampson, N. A., Berglund, P., Gruber, M. J., Al-Hamzawi, A., Andrade, L., Bunting, B., Demyttenaere, K., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., He, Y., Hu, C., Huang, Y., Karam, E., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Levinson, D., Medina Mora, M.E., ... Wilcox, M.A. (2015). Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(3), 210–226.
<https://doi.org/10.1017/S2045796015000189>
- Khakpoor, S., Saed, O. y Armani Kian, A. (2019). Emotion Regulation as the Mediator of Reductions in Anxiety and Depression in the Unified Protocol (UP) for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Double-Blind Randomized Clinical Trial. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41(3), 227–236. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0074>
- Kivity, Y., Sela, M. S., Yariv, A., Koubi, M., Saad, A., Fennig, S. y Bloch, Y. (2020). Transdiagnostic Treatment of Anxiety Disorders in a Group Format Based on the Principles of the Unified Protocol: A Preliminary Intensive Measurement Examination of Process and Outcome. *International Journal of Cognitive Therapy*, 13(2), 127–145.
<https://doi.org/10.1007/s41811-019-00059-1>
- Marchena Consejero, E., Rapp García, C., Hervías Ortega, F., Navarro Guzmán, J. I., Alcalde Cuevas, C., Aguilar Villagrán, M., y Menchano Jiménez, I. (2012). Counseling and Psychological Services (CAPS) at the Cádiz University. *Acción Psicológica*, 6(1), 73–85.
<https://doi.org/10.5944/ap.6.1.445>
- Marín, C., Guillén, A. I., Rodríguez-Moreno, S., Diéguez, S., Panadero, S. y Farchione, T. (2021). Application of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders among Homeless Women: A Feasibility Study. *Psychotherapy*, 58(2), 242–247.
<https://doi.org/10.1037/pst0000357>
- Martínez-Borba, V., Osma, J., Crespo-Delgado, E., Andreu-Pejó, L. y Monferrer-Serrano, A. (2022). Prevention of Emotional Disorders and Symptoms Under Health Conditions: A Pilot Study using the Unified Protocol in a Fertility Unit. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 38(1), 25–35.
- Micin, S. y Bagladi, V. (2011). Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil [Mental Health in University Students: Incidence of Psychopathology and Suicidal Behavior Data in The Student Health Service Users]. *Terapia Psicológica*, 29(1), 53–64.
<https://doi.org/10.4067/S0718-48082011000100006>
- Mohammadi, F., Bakhtiari, M., Masjedi Arani, A., Dolatshahi, B. y Habibi, M. (2018). The Applicability and Efficacy of Transdiagnostic Cognitive Behavior Therapy on Reducing Signs and Symptoms of Borderline Personality Disorder with co-Occurring Emotional Disorders: A Pilot Study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioural Science*, 12(1), Artículo e9697.
<https://doi.org/10.5812/ijpbs.9697>
- O'Donnell, M. L., Lau, W., Chisholm, K., Agathos, J., Little, J., Terhaag, S., Brand, R., Putica, A.,

- Holmes, A., Katona, L., Felmingham, K. L., Murray, K., Hosseiny, F. y Gallagher, M. W. (2021). A Pilot Study of the Efficacy of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Treating Posttraumatic Psychopathology: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Traumatic Stress*, 34(3), 563–574. <https://doi.org/10.1002/jts.22650>
- Osma, J. (2019). *Aplicaciones del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de la desregulación emocional*. Alianza.
- Osma, J., Castellano, C., Crespo, E. y García-Palacios, A. (2015). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Group Format in a Spanish Public Mental Health Setting. *Psicología Conductual*, 23(3), 447–466.
- Ruiz Sánchez, J. J., Trillo Padilla, F. J. y Ruiz Miñarro, I. (2019). Reducción de la evitación experiencial con terapias de grupo ACT y FAP en grupos transdiagnósticos [Reduction of Experiential Avoidance with ACT and FAP Group Therapies in Transdiagnostic Groups]. *Revista de Investigación en Psicología*, 22(1), 139–156. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16587>
- Sakiris, N. y Berle, D. (2019). A Systematic Review and Meta-Analysis of the Unified Protocol as a Transdiagnostic Emotion Regulation based Intervention. *Clinical Psychology Review*, 72, Artículo 101751. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2019.101751>
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. Á. y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural [The PANAS Scales of Positive and Negative Affect: Factor Analytic Validation and Cross-cultural Convergence]. *Psicothema*, 11, 37–51. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.2.2007.4036>
- Sandín, B. (2012). Transdiagnóstico y psicología clínica: Introducción al número monográfico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 181–184. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11838>
- Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2009). Nuevos baremos para la adaptación española del Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R): fiabilidad y datos normativos en voluntarios de la población general [New Norms for the Spanish Adaptation of the NEO Personality Inventory-Revised (NEO PI-R): Reliability and Normative Data in Volunteers From the General Population]. *Clínica y Salud*, 20(2), 131–144.
- 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, 1–10. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000975>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. TEA.
- Toro Tobar, R. A., Barrera, S. M., Ramos Rodríguez, B. R. y Velásquez Gordillo, A. I. (2019). Sensitividad Ansiosa y Afecto Negativo: Modelo transdiagnóstico para síntomas ansiosos y depresivos. *Revista de Psicología*, 37(2), 583–602. <https://doi.org/10.18800/psico.201902.009>
- Trujillo, A., Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Salla, M., Medina, J. C., Montesano, A., Soriano, J., Medeiros-Ferreira, L., Cañete, J., Corbella, S., Grau, A., Lana F. y Evans, C. (2016). Psychometric Properties of the Spanish Version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 21(12), 1457–1466. <https://doi.org/10.2147/NDT.S103079>
- Vázquez-Morejón, R., León Rubio, J. M., Martín Rodríguez, A. y Vázquez Morejón, A. J. (2019).

Validation of a Spanish Version of the Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ) in clinical population. *Psicothema*, 31(3), 335–340. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.60>

Watkins, E. (2015). An Alternative Transdiagnostic Mechanistic Approach to Affective Disorders Illustrated with Research from Clinical Psychology. *Emotion Review*, 7(3), 250–255. <https://doi.org/10.1177/1754073915575400>

Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>

Weintraub, M. J., Zinberg, J., Bearden, C. E. y Miklowitz, D. J. (2020). Applying a Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Treatment to Adolescents at High Risk for Serious Mental Illness: Rationale and Preliminary Findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(2), 202–214. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.07.007>

Zemestani, M., Ommati, P., Rezaei, F. y Gallagher, M. W. (2021). Changes in Neuroticism-related Constructs over the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in patients on an optimal dose of SSRI. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(2), 171–181. <https://doi.org/10.1037/per0000482>

SINGLE APPLICATION OF THE UNIFIED PROTOCOL IN UNIVERSITY STUDENTS OF THE BALEARIC ISLANDS: A PILOT STUDY

APLICACIÓN INDIVIDUAL DEL PROTOCOLO UNIFICADO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LAS ISLAS BALEARES: UN ESTUDIO PILOTO

JORGE SOCIAS-SOLER^{1,2}, JORGE OSMA^{2,3}, AND MIQUEL TORTELLA-FELIU^{1,2}

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Socias-Soler, J., Osma, J., & Tortella-Feliu, M. (2022). Single application of the unified protocol in university students of the Balearic Islands: a pilot study [Aplicación individual del protocolo unificado en estudiantes universitarios de las Islas Baleares: un estudio piloto]. *Acción Psicológica*, 19(2), 115-128. <https://doi.org/10.5944/ap.19.2.37010>

Abstract

Despite the proven evidence of the Unified Protocol (UP) for the transdiagnostic treatment of emotional disorders (ED), there is no study using the UP to treat ED in a Spanish clinical sample of university students. The objective of this study has been to determine the clinical utility of UP in this population. The project consisted of a pilot study of an open treatment outcome study without a control group, carried out in the psychological care service of the Univer-

sity of the Balearic Islands. UP was applied in individual face to face format to 17 participants with a diagnosis of ED. After the intervention, only two participants maintained their diagnosis. Except for one participant, all had a statistically significant reduction in depressive and anxious symptoms, with moderate-large effect sizes (Cohen's $r = 0.48-0.62$). These results are encouraging and are consistent with the evidence to date. We believe that UP could be a clinically useful treatment alternative for university psychological services.

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Jorge Socias-Soler, University of the Balearic Islands (UIB), Spain; University of Zaragoza, Spain.

Email: jordisociassoler@gmail.com

ORCID: Jorge Socias-Soler (<https://orcid.org/0000-0002-6605-8825>), Jorge Osma (<https://orcid.org/0000-0002-7293-318X>), and Miquel Tortella-Feliu (<https://orcid.org/0000-0002-1280-9048>)

¹ University of the Balearic Islands (UIB), Spain.

² University of Zaragoza (Teruel, Spain)

³ Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (Zaragoza, Spain).

Acknowledgments: Thanks to all participants who agree to collaborate in this research study. Funding: Funding for the study was provided by Gobierno de Aragón and FEDER 2014–2020 “Construyendo Europa desde Aragón” (Research team S31_20D)

Recibido: 13 de julio de 2022.

Aceptado: 3 de noviembre de 2022.

Keywords: unified protocol; transdiagnostic; emotional disorders; university students.

Resumen

Pese a la demostrada efectividad del Protocolo Unificado (PU) para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (TE), no existe ningún estudio que haya aplicado el PU para tratar TE en una muestra clínica de universitarios. El objetivo de este estudio ha sido determinar la utilidad clínica del PU en esta población. Se trata de un estudio piloto de resultado de tratamiento abierto sin grupo control, realizado en el servicio de atención psicológica de la Universidad de las Islas Baleares. El PU se aplicó cara a cara e individualmente a 17 participantes con diagnósticos de TE. Tras la intervención, únicamente dos participantes mantuvieron algún el diagnóstico. Menos un participante, en todos se produjo una reducción estadísticamente significativa de la sintomatología depresiva y ansiosa, con tamaños del efecto moderados-grandes (r de Cohen = 0.48-0.62). Estos resultados son esperanzadores y concuerdan con la evidencia previa. El PU podría ser una alternativa útil clínicamente para los servicios psicológicos universitarios

Keywords: protocolo unificado; transdiagnóstico; trastornos emocionales; estudiantes universitarios.

Introduction

Depressive and anxiety disorders, also called emotional disorders (EDs; Bullis et al., 2019), represent the most frequent psychiatric conditions, affecting nearly 2 million and 2.5 million people, respectively, in Spain, according to the World Health Organization (WHO, 2017). Current evidence has shown that most of these psychological problems usually appear between the ages of 15 and 24 (Auerbach et al., 2019). Many young people are in university at this age, which is considered a highly stressful context, because students have to adapt to a different environment and deal with changes in lifestyle (Auerbach et al., 2019), that can affect social relationships, academic and work performance and quality of life (Ribeiro et al.,

2018). All these factors can increase the risk of psychological distress and mental disorders (Bayram & Bilgel, 2008). In fact, a recent meta-analysis that includes 64 studies with 100,187 university students found that the prevalence for depression and anxiety symptoms was 33.6 % and 39.0 %, respectively (Li et al., 2022). In Spain, anxiety disorders (12.70 %-25.80 %) and mood disorders (18.10 %-28.80 %) are the most prevalent disorders among university students (Miranda-Mendizabal et al., 2019).

The high prevalence and cost associated with EDs make it necessary to improve the efficiency of evidence-based psychological treatments (Tortella-Feliu, Baños et al., 2016). Having identified common underlying factors shared between the EDs, such as neuroticism, negative affectivity, perfectionism, or rumination (Bullis et al., 2019), clinical research on transdiagnostic approaches for psychological intervention has increased remarkably in recent years (Sauer-Zavala et al., 2017). In this line, Dr. David H. Barlow and his team have developed the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of EDs (UP), a cognitive-behavioral evidence-based psychological treatment focused on improving emotional regulation strategies through 8 different modules (Barlow et al., 2018). To date, three systematic reviews, two of them meta-analysis, have shown efficacy results in anxiety and depression symptoms, specific EDs symptoms, affectivity, neuroticism, emotion regulation, and quality of life for the application of UP for the treatment of EDs in different ages, contexts and delivery formats, including single face to face or group formats, and online format (Carlucci et al., 2021; Cassiello-Robbins et al., 2020; Sakiris & Berle, 2019).

Despite the extensive evidence collected to date about the efficacy of the UP to treat EDs in adults, only four studies have been carried out specifically in university students at university context and all of them where focused on preventing EDs (Arrigoni et al., 2021; Bentley et al., 2018; Castro-Camacho et al., 2021; Sauer-Zavala et al., 2021). Due to the high prevalence of EDs in university students, it would be essential to develop and implement psychological interventions aimed at improving emotional regulation skills and tolerance to discomfort based on the scientific evidence. This could help mitigate possible present and future adverse effects on education (i.e., under-

performance and dropping out of university), job placement, mental health, and wellbeing in the community of university students (Worsley et al., 2020).

For all these reasons, and due the fact that there are no studies on the application of the UP in clinical samples of Spanish university students, the objectives of the present study are: (a) to determine the preliminary feasibility and clinical utility of the UP for the treatment of EDs in university students and (b) to determine the preliminary feasibility and clinical utility of the UP for the reduction of the interference and deterioration associated with EDs in the same population.

Method

Participants

The sample was made up of seventeen students (sixteen women and one man), all of them university students at the University of the Balearic Islands (UIB) (see table 1 for more details), aged between 18-28 years ($M = 21.4$; $ED = 2.58$) who presented clinical or subclinical symptoms of one or more EDs.

Only participants aged 18 years or older were included, who were students at UIB and who were fluent in the language in which therapy was performed (Catalan). The other inclusion criteria were to present a diagnosis of ED, which includes major depressive disorder, dysthymic disorder, panic disorder, agoraphobia, obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder, posttraumatic stress disorder, social anxiety disorder, hypochondria, and adjustment disorders, with a clinical or subclinical severity rating (CSR).

In the end, exclusion criteria were presenting other mental condition that would require to be prioritized for treatment, for example, severe mental disorder (bipolar disorder, schizophrenia, personality disorder or an organic mental disorder), suicide risk at the time of assessment, or substance use in the last three months (excluding cannabis, coffee, and / or nicotine).

In total, 31 students were evaluated, of which only 17 participants meet the inclusion criteria.

Table 1.

Socio-demographic characteristics of the participants

Variable	<i>n</i>	%
1. Sex		
Men	1	5.9
Women	16	94.1
2. Age range		
18-22	13	76.6
23-26	3	17.6
+26	1	5.9
3. Studies		
Biochemistry	3	17.6
Biology	3	17.6
Chemistry	2	11.8
Pedagogy	2	11.8
English Philology	2	11.8
Hispanic Philology	1	5.9
Psychology	1	5.9
Physics	1	5.9
Philosophy	1	5.9
Law	1	5.9

Measures

Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5, Adults, Current Diagnosis; ADIS-5 (Brown & Barlow, 2014). Is a structured interview for the diagnosis of anxiety, depressive, bipolar, and obsessive-compulsive disorders, related traumatic disorders, somatic symptomatology, and substance abuse. It allows the differential diagnosis between these disorders according to the DSM-5 criteria in adults and includes a brief screening of other disorders (eating behaviour disorders, psychotic and/or manic episodes, substance use, etc). The ADIS-5 allows the dimensional assessment of the clinical severity rating (CSR), using a Likert scale (0 = Never/Nothing, 8 = Constantly/Extremely hard) that reflects the degree of distress/interference associated with the particular diagnosis. The cut-off point is always 4, from which it is considered as a clinical score. Subclinical diagnoses are assigned when CSR scores are 3 or less. We still do not have data on the psychometric properties of the ADIS-5, but the pre-

vious ADIS-IV version has good-to-excellent interrater reliability index for DSM-IV disorders (range of 0.67 to 0.86) except dysthymia (0.31). (Brown et al., 2001). For the present study we translated into Catalan the ADIS-5.

Patient Health Questionnaire-9-PHQ-9 (Kroenke et al., 2001). To assess symptoms of depression, the PHQ-9 Spanish adaptation, by Díez-Quevedo et al. (2001), was used. The PHQ-9 is used, in most cases, to support the diagnosis of depression, to assess its severity. It has 9 items that have to be assessed according to the frequency of symptoms during the last two weeks through a four-point Likert scale (0 = Never, 3 = Practically every day). It has also been used as a screening and monitoring measure of change. The most common cut-off point is 10 points, from which we can consider that moderate depression is presently using the linear scoring method. It is considered that, with this cut-off point, the sensitivity of the instrument is maximized (82 %) and the specificity is 84.70 % (Levis et al., 2019), and has an internal consistency index with a Cronbach's alpha of 0.86-0.89 (Kroenke et al., 2001).

Generalized Anxiety Disorder-7 Scale, GAD-7 (Spitzer, 2006). To obtain a general indicator of the presence of anxious symptomatology, the Spanish adaptation of this scale has been used (García-Campayo et al., 2010). It is one of the most widely used self-applied scales for the detection or screening of various EDs. It consists of 7 items on a scale of 0 to 3 (0 = Never, 3 = Almost every day), in which the person assesses the frequency they have presented each symptom described during the last two weeks. The most common cut-off points to consider the clinical severity of the presence of anxiety symptoms is 10 points (García-Campayo et al., 2010). For the Spanish version mentioned, it has an internal consistency index with a Cronbach's alpha of 0.93, and the established cut-off point has a sensitivity of 86.8 % and a specificity of 93.4 % (García-Campayo et al., 2010).

The Work and Social Adjustment Scale (WSAS; Mundt et al., 2002). The Spanish version has been used (Echezarraga et al., 2019). It is a scale used to obtain a measure of functional adaptation that consists of 5 items that assess an individual's ability to perform daily activities, including work, household management, social interaction (family and friends), and social and private leisure

activities. Each of the 5 items is rated on a 9-point scale from 0 (not a problem at all) to 8 (very severely affected), so that total scores range from 0 to 40, with high scores denoting higher levels of disability. It presents an acceptable internal consistency (Cronbach's alpha between 0.79 and 0.94) and a positive correlation with the severity of depressive symptoms in depressed individuals, as well as with obsessive-compulsive symptoms.

Barrier's assessment to participate in the emotional disturbance treatment program (ad hoc). In order to find out if this new program at UIB is feasible, the psychologist asked the participants some questions in order to understand what barriers they found regarding aspects such as: to obtain information about the emotional disturbance treatment program conducted at UIB (Did you receive enough information about the emotional disturbance treatment program when you asked for?); to contact Attention Point for the University Community (APUC) (Did you have difficulties contacting APUC?); to contact the psychologist (Did you have difficulties contacting the psychologist?); schedule sessions (Did you have difficulties regarding assessment or treatment sessions schedule?) , and comprehension of the program's content (What do you think about the comprehension of the program's content?).

Procedure

The participants in this study were university students at UIB who attended, throughout the 2020-2021 academic year, the emotional disturbance treatment program that was announced on the university website promoted by the APUC. Students contacted by email with the program and then the psychologist of the program followed the communication by email or telephone calls. The process of assessing participants and establishing the diagnosis was carried out using the screening self-reports and the ADIS-5 diagnostic interview mentioned. The evaluation was applied in two consecutive weeks through two face-to-face sessions of 50 minutes each one at the psychologist office at APUC. A total number of 31 students contacted the program and were evaluated, but only 17 met the inclusion criteria. Those who meet the inclusion criteria and accepted to start the intervention signed the informed consent, in which they were informed that their data could be

used in the present study. After that, the UP was applied individually for approximately 17 sessions, carried out once a week.

All treatment sessions were carried out at the same office of the APUC and all had a 50-minute duration. All sessions were carried out by the same therapist, a Master's student trained in UP, supervised by an expert UP therapist. The UP training consisted in a 24-hour workshop about the transdiagnostic approach and the characteristics of the UP (Level I training), and also received 34 hours of supervision (Level II training) by the same UP expert therapist.

One week after the intervention, the participants were evaluated again in a final session using the same instruments as in the initial assessment process. It was also eval-

diagnoses using the ADIS-5 diagnostic interview, including the dimensional assessment of discomfort and the interference of symptoms included within it. All procedures of this research study were approved by the UIB.

Intervention program

For the present study we used the most recent edition of the UP (Barlow et al., 2018). The application order was the same for all participants and included the same modules applied over 16 sessions:

Data analysis

Statistical analyses were performed with the SPSS 21.0 (SPSS 21.0; IBM, 2012). To assess whether the application of the protocol was tied by significant reductions in

Table 2.

Modules of the intervention program

Title	Sessions	Contents
Module 1. Setting goals and maintaining motivation	1	- Decisional balance about starting treatment and the role of motivation.
Module 2. Understanding your emotions	2	- Establish treatment goals in the short, medium and long term.
Module 3. Mindful emotional awareness	3	- Functionality of emotions.
Module 4. Cognitive flexibility	3	- The three components of emotions.
Module 5. Countering emotional behaviours	1	- Identify and understand the short-term and long-term consequences of our emotional experiences using the ARC model.
Module 6. Understanding and confronting physical sensations	2	- Help participants to develop a non-judgmental, present-focused approach to their emotional experiences.
Module 7. Emotion exposures	3	- Identify thinking errors and intrusive thoughts.
Module 8. Moving up from here	1	- Practice thought's flexibility by using reappraisal of maladaptive and automatic appraisals.
		- Explain and identify the different types of emotional behaviours and the role of avoidance.
		- Understand the role of emotional behaviours in maintaining the emotional distress.
		- What to do instead of emotional behaviours: describing opposite or alternative behaviours.
		- The importance to copying emotional distress through emotional exposures.
		- Gradual exposure to physical sensations that generate intense discomfort.
		- Gradual exposure to intense emotions.
		- Assessment of progress and goals of treatment.
		- Relapse prevention.
		- New goals and objectives.

uated if the patients maintained their main or secondary depression and anxiety, in addition to changes in the de-

gree of functional impairment of the participants, the Wilcoxon signed-rank test was performed by comparing non-parametric means for the mentioned continuous variables. Cohen's r test (Cohen, 1988) was used to calculate the effect size, where values from 0,30 are considered medium effect sizes and from 0,50 are considered large, together with the Common Language (CL) effect size statistic (McGraw & Wong, 1992).

For individual change measures, we used the number of participants free of diagnosis at the end of the intervention, the percentage of symptomatic reduction, and the number of participants who were above or below the cut-off points in the screening instruments. For the latter, the corrected McNeman test was used to determine if there was, concerning the pre-treatment condition, a statistically significant reduction in the number of participants who reported depressive and anxious symptoms, or socio-occupational involvement and discomfort, below the cut-off point in their respective screening instruments.

Results

Pre-intervention clinical characterization

As indicated in Table 2, the most frequent main diagnosis was generalized anxiety disorder, followed by social anxiety disorder and major depressive disorder. One of the

presented subclinical manifestations of major depressive disorder. Over two-thirds of the participants with a diagnosis had a comorbid psychological disorder, with major depressive disorder being the most common as a secondary diagnosis, present in more than half of these cases.

Feasibility and adherence

All participants studying at UIB contacted the APUC thanks to the campaign advertising the emotional disturbance treatment program. The UP was implemented in 17 individual face-to-face sessions (Mean= 16.8, range 12-18) and 100% of participants included in the program finished the treatment intervention. No difficulties to contact the APUC or the psychologist were mentioned, neither related to schedule difficulties or comprehension of the program's content.

Clinical usefulness

Diagnostic criteria improvements

After the application of the treatment, all participants no longer met the criteria for their main diagnosis and for a comorbid diagnosis, except two, one who still met the criteria for his main diagnosis and another who still met the criteria for his secondary diagnosis. In both cases, they met the criteria for social anxiety disorder.

Table 3.

Pre-treatment and post-treatment frequencies of the different diagnoses for the total sample N=17

	Pre-treatment n (%)	Post-treatment n (%)
1. Main Diagnosis		
None	1 (5.90)	16 (94.11)
GAD	11 (65.70)	0
MDD	2 (11.80)	0
SAD	3 (17.60)	1 (5.88)
2. Secondary diagnosis		
None	5 (29.41)	16 (100.00)
MDD	10 (58.80)	0
SAD	2 (11.80)	1 (11.80)

Note. None = does not meet clinical criteria for any diagnosis; GAD = Generalized Anxiety Disorder; MDD = Major Depressive Disorder; SAD = Social Anxiety Disorder

participants did not meet clinical severity for any ED but

Reduction of anxious and depressive symptoms and interference and subjective discomfort associated with emotional problems

As can be seen in Table 3, the intervention resulted in a statistically significant reduction in scores on all continuous dependent variables with moderate-large effect size, as indicated by the values of both the Cohen's *r* (range 0.48-0.62) and the CL statistic. In the latter case, the probability that a participant, once individual differences are controlled, presents lower pre-treatment scores than at the end of the intervention, is 99 % for depressive symptomatology and 88 % for anxiety. For the measures of adjustment, interference, and subjective discomfort caused by the present psychopathology, the probabilities range between 92 % and 99 %.

Regarding symptom reduction, after treatment, there is a notable and statistically significant reduction, compared to the pre-treatment condition, in the number of participants who reported depressive and anxious symptoms above the cut-off point in their respective screening assessment instruments, as can be seen in Table 4. Even so,

in both measures, two participants continue to present scores above the clinical cut-off point.

In regard to work and social adjustment, in the pre-treatment assessment, four participants showed severe functional impairment, of which two continued presenting moderate functional impairment and two did not present clinical impairment at the end of the intervention. Of the remaining thirteen, eleven presented moderate involvement before the intervention, of which three of them did not reach the cut-off point of the non-clinical population at post-treatment.

Regarding the levels of discomfort and interference perceived by the patient, evaluated with the ADIS-5 interview, the main and secondary diagnosis presented a statistically significant reduction in the number of participants above the cut-off point (*n*=4) after the intervention. As expected, in the pre-treatment condition, all participants passed the cut-off point and, therefore, met diagnostic criteria. All of them except for one who scored lower on the discomfort scale, but who was included in the sample for presenting relevant subclinical levels on one of the disorders, as mentioned before. After treatment, four of the participants exceeded the cut-off point for perceived discomfort of the main diagnosis and one for perceived interfer-

Table 4

*Wilcoxon signed rank test for pre-treatment and posttreatment comparison of depressive symptoms, anxiety, work and social adjustment, and values of discomfort and interference for the main diagnosis (*n* = 17) and secondary diagnosis (*n* = 12).*

	Pre-treatment		Post-treatment		W	SPR	MD [CI 95%]	Z	s.d.	<i>r</i>	CL
	<i>M</i> (s.d.)	Mdn	<i>M</i> (s.d.)	Mdn							
PHQ-9	12.53(3.76)	13	5.71(3.08)	5	1.5*	151.5	2.53 [1.58-3.48]	-3.55	21.12	0.61	0.990
GAD-7	10.82(4.00)	12	6.41(3.36)	5	13*	123	6.19 [5.24-7.14]	-2.84	19.34	0.48	0.880
WSAS	15.82(6.00)	15	8.00(5.87)	8	5*	131	13.62 [12.67-14.57]	-3.26	19.34	0.56	0.920
Discomfort 1	5.41(1.42)	5	2.53(1.12)	3	0*	120	2.73 [1.78-3.68]	-3.41	17.61	0.58	0.998
Interference1	6.12(1.17)	6	2.18(1.07)	2	0*	153	6.12 [5.17-7.07]	-3.62	21.12	0.62	0.999
Discomfort 2	5.00(1.28)	4.5	2.00(1.54)	2	1*	65	5.45 [4.50-6.40]	-2.85	11.25	0.58	0.988
Interference	5.42(1.16)	5	1.50(1.68)	1	0*	66	5.91 [4.96-6.86]	-2.93	11.25	0.60	0.998

2

Note. **M** = mean; **s.d.** = standard deviation; **Mdn** = median; **W** = Wilcoxon Signed-Rank Test; **SPR** = Sum Positive Ranges; **MD** = Mean Difference; **r** = Cohen's *r* test; **CL** = common language effect size statistic; * = statistically significant difference between the conditions; **PHQ-9** = Patient Health Questionnaire-9; **GAD-7** = Scale for Generalized Anxiety Disorder - 7; **WSAS** = Work and Social Adjustment Scale; Discomfort 1 = Level of subjective discomfort associated with the main diagnosis according to the ADIS-5 interview; Discomfort 2 = Level of subjective discomfort associated with the secondary diagnosis according to the ADIS-5 interview; Interference 1 = Interference level associated with the main diagnosis according to the ADIS-5 interview; Interference 2 = Level of interference associated with the secondary diagnosis according to the ADIS-5 interview.

Table 5.

Comparison between pre-treatment and post-treatment of the number of participants ($n = 17$) with scores above the cut-off points on the screening scales for depressive symptomatology, anxiety, the level of socio-occupational involvement and the discomfort and interference caused by the alteration object of primary and secondary diagnosis ($n=12$).

	Pre-treatment	Post-treatment	McNeman corrected $\chi^2(1)$
PHQ-9	14 (82.40%)	2 (11.80%)	10.10 *
GAD-7	11 (64.70%)	2 (11.80%)	5.82 *
WSAS	15 (88.20%)	5 (29.40%)	8.10 *
Discomfort 1	16 (94.11%)	4 (23.53%)	10.10 *
Interference 1	17 (100.00%)	1 (5.88%)	14.06 *
Discomfort 2	12 (70.58%)	2 (11.80%)	8.10 *
Interference 2	12 (70.58%)	2 (11.80%)	8.10*

Note. **Discomfort 1** = Level of subjective discomfort associated with the main diagnosis according to the ADIS-5 interview; **Interference 1** = Interference level associated with the main diagnosis according to the ADIS-5 interview; **Discomfort 2** = Level of subjective discomfort associated with the secondary diagnosis according to the ADIS-5 interview; **Interference 2** = Level of interference associated with the secondary diagnosis according to the ADIS-5 interview; **WSAS** = Work and Social Adjustment Scale; * = statistically significant difference between the conditions.

ence from it. Regarding the secondary diagnosis, two participants maintained clinical levels of post-treatment discomfort and interference, but only one of them fulfilled the rest of the conditions to maintain the secondary diagnosis.

have presented a high variability for the anxiety and the work and social adjustment scale. Compared to the main diagnosis, the highest percentages of symptom reduction have been for discomfort and interference associated with the secondary diagnosis.

Finally, as can be seen in Table 5, the percentages of symptomatic reduction ranged between 30.48 % and 70.17 % for all the different variables. These percentages

Table 6.

Comparison between the pre-treatment and post-treatment scores of the patients ($n = 17$) and the percentage of associated symptom reduction for depressive symptomatology, anxiety, the level of socio-occupational involvement and the discomfort and interference caused by the alteration object of the main and secondary diagnosis. ($n=12$).

	Pre-treatment	Post-treatment	% Symptom reduction
	M (s.d.)	M (s.d.)	M (s.d.)
PHQ-9	12.53 (3.76)	5.71 (3.08)	52.63% (25.60)
GAD-7	10.82 (4.00)	6.41 (3.36)	30.48% (55.44)
WSAS	15.82 (6.00)	8.00 (5.87)	43.10% (41.09)
Discomfort 1	5.41 (1.42)	2.53 (1.12)	51.21% (24.62)
Interference 1	6.12 (1.17)	2.18 (1.07)	62.86% (21.14)
Discomfort 2	5.00 (1.28)	2.00 (1.54)	56.31% (38.21)
Interference 2	5.42 (1.16)	1.50 (1.68)	70.17% (32.25)

Note. **M** = mean; **s.d.** = standard deviation; **Discomfort 1** = Level of subjective discomfort associated with the main diagnosis according to the ADIS-5 interview; **Interference 1** = Interference level associated with the main diagnosis according to the ADIS-5 interview; **Discomfort 2** = Level of subjective discomfort associated with the secondary diagnosis according to the ADIS-5 interview; **Interference 2** = Level of interference associated with the secondary diagnosis according to the ADIS-5 interview; **WSAS** = Work and Social Adjustment Scale.

Discussion

As indicated in Table 2, the most frequent main diagnosis concerning the objectives of the study, the application of the UP in the population of university students of the UIB has shown encouraging preliminary outcomes about its feasibility and clinical usefulness for the reduction of the symptomatology of EDs and the reduction of the interference and associated deterioration, showing statistically significant differences with moderate-large effect sizes.

All 17 participants who started the UP intervention finished the treatment, showing a 100 % adherence rate. In addition, no barriers were detected regarding different feasibility aspects, such as difficulties contacting the managers of the program (APUC), the psychologist, the schedule, or difficulties with the comprehension of the program's content. From these data, it seems that the UP could be easily implemented at health university services to treat university students with EDs, such as the one at UIB.

Of the 16 participants with an initial clinical ED diagnosis, only two maintained a primary or secondary post-treatment diagnosis, who also maintained depressive and anxious scores above the cut-off point in their respective assessment instruments. Of these two, one showed significant reductions in the main and comorbid disorders, as well as in discomfort and associated interference, fulfilling criteria only for its secondary diagnosis, social anxiety disorder. One of the reasons this participant maintains his secondary diagnosis could be that he had a triple diagnosis (generalized anxiety disorder, major depressive disorder and social anxiety disorder), and more sessions of exposure to social situations would have been necessary after the end of the modules. The other participant, who met criteria for his main diagnosis, presented a worsening of symptoms compared to the pre-treatment condition. During the final modules of the intervention, this participant suffered an accumulation of stressful personal situations that could partly explain the deterioration. The remaining participants all showed a significant reduction in symptomatology on their comorbid diagnoses.

The preliminary results obtained are consistent with current evidence on the efficacy of UP in an individual format (Carlucci et al., 2021; Cassiello-Robbins et al., 2020; Sakiris & Berle, 2019), showing a significant reduction in the severity of anxious-depressive symptoms. Regarding the interference in daily functioning, the UP intervention also shown significant improvements in terms of the quality of life perceived by participants, being consistent with current evidence (Osma et al., 2021; Sakiris & Berle, 2019). Finally, the percentage of patients free of diagnosis after the intervention was very high compared to previous results (e.g., Carlucci et al., 2021).

Regarding this last point, the higher percentage of patients free of diagnosis could be due to various reasons. One of them has to do with the sample, compounded of younger people than those included in the reference studies and, therefore, with less chronification of the alterations. On the other hand, all participants had mild to moderate levels of anxious-depressive symptomatology.

It is worth mentioning that five participants did not reach the cut-off point of the non-clinical population on the work and social adjustment scale. Two of them were the participants who maintained a primary or secondary diagnosis together with clinical depressive and anxious scores. A possible explanation for the remaining three could be that these participants continued to present academic difficulties despite the improvement in their symptoms. In any case, the results show that the UP could be clinically useful in reducing the interference of EDs in university students.

This study has some limitations. In the first place, it uses a very small sample, which cannot be representative of the university population, and it is very homogeneous in terms of sex, with only one male participating. Second, there were no follow-up evaluations at three or six months, as recommended. Third, the study does not have a control group and, therefore, does not have randomization for assigning patients to the different groups. In any case, pilot studies like this one have a low budget that allow a bigger investment for future research if the results are promising. Fourth, a validated instrument about the satisfaction and opinion of the program received by participants should be used instead of an ad hoc interview. Five, the evaluation

and the intervention were carried out by a novel therapist. Future investigations should include more therapists and should include inter-judge agreement, given the importance of the diagnosis in the analysis of the results. Despite these limitations, this is the first study conducted in a university context in Spain using the UP to treat a clinical sample of EDs, and the results obtained can encourage researchers and clinicians working in this specific context to further investigate the efficacy and cost-effectiveness of the UP. Future research carried out in a university context must include controlled studies and post-treatment follow-ups to assess the extent of the improvement over time. On the other hand, since the application of UP in group format has already been proved to be effective, showing significant improvement in the main diagnoses and comorbid symptomatology in EDs (e.g., Osma et al., 2021), future studies must include this intervention format in university settings. The application of the UP in group format would allow the sample to be increased and cover a greater number of patients, and it is also a good cost-benefit option for public settings (Peris-Baquero et al., 2022).

The evidence obtained to date on the effectiveness of transdiagnostic approaches opens an important debate on the efficiency of psychological interventions, at a time when the incidence of disorders such as depression and anxiety is only increasing. It is, therefore, necessary to have psychological interventions that, at the lowest possible cost, can cover the largest number of people and disorders while maintaining their effectiveness, with transdiagnostic therapies such as UP being an important approach to consider.

For all these reasons, the UP, in individual format and especially in a group format, is an option to be considered by public institutions in healthcare contexts (Martínez-Borba et al., 2022; Osma et al., 2021) and community or social care (e.g., Osma et al., 2022). In the present study, the UP is presented as well as an alternative to consider for its application in the psychological care service of a University context such as the UIB.

References

- Arrigoni, F., Marchena-Consejero, E., & Navarro-Guzmán, J. (2021). Aplicación y evaluación de la eficacia del Protocolo Unificado transdiagnóstico con estudiantes universitarios españoles [Application and Evaluation of the Efficacy of the Unified Transdiagnostic Protocol with Spanish College Students]. *Revista Costarricense de Psicología*, 40(2), 149–169. <https://doi.org/10.22544/rcps.v40i02.05>
- Auerbach, R., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D., Green, J., Murray, E., Nock, M., Pinderamaker, S., Sampson, N., Stein, D., Vilagut, G., Zaslavsky, A., & Kessler, R. (2019). Student Project: Prevalence and Distribution of Mental Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(7), 623–638. <https://doi.org/10.1037/abn0000362>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray Latin, H., Ellard, K., Bullis, J., Bentley, K., Boettcher, H. y Cassiello-Robbins, C. (2018). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide* (2ª ed.). Oxford University Press.
- Barnett, P., Arundell, L. L., Saunders, R., Matthews, H., & 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>
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The Prevalence and Socio-Demographic Correlations of Depression, Anxiety and Stress among a Group of University Students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 667–672. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0345-x>

- Bentley, K. H., Boettcher, H., Bullis, J. R., Carl, J. R., Conklin, L. R., Sauer-Zavala, S., Pierre-Louis, C., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2018). Development of a Single-Session, Transdiagnostic Preventive Intervention for Young Adults at Risk for Emotional Disorders. *Behavior Modification*, 42(5), 781–805. <https://doi.org/10.1177/0145445517734354>
- Brown, T. A. & Barlow, D. H. (2014). *Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5), Adult & Lifetime Version, Client Interview Schedule*. Oxford University Press.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and Lifetime Comorbidity of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders in a Large Clinical Sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585–599. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.110.4.585>
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., & 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/cpsp.12278>
- Carlucci, L., Saggino, A., & 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, Article 101999. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999>
- Cassioello-Robbins, C., Southward, M. W., Tirpak, J. W., & Sauer-Zavala, S. (2020). A Systematic Review of Unified Protocol applications with Adult Populations: Facilitating Widespread Dissemination via Adaptability. *Clinical Psychology Review*, 78, Article 101852. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101852>
- Castro-Camacho, L., Díaz, M. M., & Barbosa, S. (2021). Effect of a Group Prevention Program Based on the Unified Protocol for College Students in Colombia: A Quasi-experimental Study. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 32, 111–123. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2021.04.001>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence.
- Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2001). Validation and Utility of the Patient Health Questionnaire in Diagnosing Mental Disorders in 1003 General Hospital Spanish Inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 679–686. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00021>
- Echezarraga, A., Calvete, E., & Las Hayas, C. (2019). Validation of the Spanish version of the Work and Social Adjustment Scale in a Sample of Individuals With Bipolar Disorder. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57(5), 44–51. <https://doi.org/10.3928/02793695-20181128-02>
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., Freire, O., & Rejas, J. (2010). Cultural Adaptation into Spanish of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) Scale as a Screening Tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(8), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>
- IBM Corp. Released. (2012). *IBM SPSS Statistics for Windows (Version 21.0)* [software computer]. IBM.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9.pdf. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Levis, B., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2019). Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for Screening to Detect Major Depression: Individual Participant data Meta-analysis. *The BMJ*, 365, Article 11476. <https://doi.org/10.1136/bmj.11476>

- Li, W., Zhao, Z., Chen, D., Peng, Y., & Lu, Z. (2022). Prevalence and Associated Factors of Depression and Anxiety Symptoms Among College Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63, 1222–1230. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13606>
- Martínez-Borba, V., Osma, J., Crespo-Delgado, E., Andreu-Pejo, L., & Monferrer-Serrano, A. (2022). Prevention of Emotional Disorders and Symptoms Under Health Conditions: A Pilot Study using the Unified Protocol in a Fertility Unit. *Annals of Psychology/Anales de Psicología*, 38, 25–35. <https://doi.org/10.6018/analesps.462331>
- McGraw, K. O., & Wong, S. P. (1992). A Common Language Effect Size Statistic. *Psychological Bulletin*, 111(2), 361–365. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.2.361>
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Roca, M., Soto-Sanz, V., Vilagut, G., & Alonso, J. (2019). Gender Differences in Suicidal Behavior in Adolescents and Young Adults: Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies. *International Journal of Public Health*, 64(2), 265–283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Greist, J. H. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: A Simple Measure of Impairment in Functioning. *British Journal of Psychiatry*, 180, 461–464. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>
- Osma, J., Quilez-Orden, A., Ferreres-Galán, V., Meseguer, M. C., & Ariza, S. (2022). Feasibility and clinical usefulness of the Unified Protocol in women survivors of violence. *Journal of Child and Family Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02226-z>
- Osma, J., Peris-Baquero, O., Suso-Ribera, C., Farchione, T. J., & 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*, 16, 1–14. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1939190>
- Peris-Baquero, Ó., Moreno, J. D., & Osma, J. (2022). Long-term Cost-effectiveness of Group Unified Protocol in the Spanish Public Mental Health system. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03365-8>
- Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A Systematic Review and Meta-analysis of the Unified Protocol as a Transdiagnostic Emotion Regulation based Intervention. *Clinical Psychology Review*, 72, Article 101751. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R., & Barlow, D. H. (2017). Current Definitions of “Transdiagnostic” in Treatment Development: A Search for Consensus. *Behavior Therapy*, 48(1), 128–138. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>
- Sauer-Zavala, S., Tirpak, J. W., Eustis, E. H., Woods, B. K., & Russell, K. (2021). Unified Protocol for the Transdiagnostic Prevention of Emotional Disorders: Evaluation of a Brief, Online Course for College Freshmen. *Behavior Therapy*, 52(1), 64–76. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.01.010>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Tortella-Feliu, M., Baños, R. M., Barrantes, N., Botella, C., Fernández-Aranda, F., García-Campayo, J., García-Palacios, A., Hervás, G., Jiménez-Murcia, S., Montorio, I., Soler, J., Quero, S., Valiente, C.,

& Vázquez, C. (2016). Retos en la investigación psicológica en salud mental [The Challenge of Psychological Research on Mental Health]. *Clínica y Salud*, 27, 37–43.
<https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.02.001>

Tortella-Feliu, M., Vázquez, C., Valiente, C., Quero, S., Soler, J., Montorio, I., Jiménez-Murcia, S., Hervás, G., García-Palacios, A., García-Campayo, J., Fernández-Aranda, F., Botella, C., Barrantes, N., & Baños, R. M. (2016). Retos en el desarrollo de intervenciones psicológicas y la práctica asistencial en salud [Challenges in the Development of Psychological Interventions and Care Practice in Mental Health]. *Clínica y Salud*, 27, 65–71.
<https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.03.002>

World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental disorders: Global health Estimates*. Author.

Worsley, J., Pennington, A., & Corcoran, R. (2020). What Interventions Improve College and University Students' Mental Health and Wellbeing? A Review of Review-Level Evidence.
<https://whatworkswellbeing.org/wp-content/uploads/2020/03/Student-mental-health-full-review.pdf>

VIABILIDAD Y UTILIDAD CLÍNICA DEL PROTOCOLO UNIFICADO TRANSDIAGNÓSTICO CON ALUMNOS DEL AULA UNIVERSITARIA DE MAYORES DE LA UNIVERSIDAD DE CÁDIZ

FEASIBILITY AND CLINICAL UTILITY OF THE UNIFIED TRANSDIAGNOSTIC PROTOCOL WITH STUDENTS FROM THE UNIVERSITY OF CADIZ'S ELDERLY CLASSROOM

FLAVIA ARRIGONI^{1,2}, ESPERANZA MARCHENA CONSEJERO² Y JOSÉ I. NAVARRO GUZMÁN²

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Arrigoni, F., Marchena Consejero, E. y Navarro Guzmán, J. I. (2022). Viabilidad y utilidad clínica del Protocolo Unificado Transdiagnóstico con alumnos del Aula Universitaria de Mayores de la Universidad de Cádiz [Feasibility and clinical utility of the Unified Transdiagnostic Protocol with students from the University of Cadiz's Elderly Classroom]. *Acción Psicológica*, 19(2), 129–148. <https://doi.org/10.5944/ap.19.2.36983>

Resumen

El objetivo de este estudio fue proporcionar evidencia preliminar, de tipo cualitativo y cuantitativo, sobre la utilidad clínica del UP-A aplicado de forma telemática (tUP-A). Tres adolescentes diagnosticados de trastornos emocionales recibieron el tUP-A a través de sesiones semanales individuales por videollamada. Se examinaron los cambios en diversas variables cuantitativas y cualitativas actuando como informantes los adolescentes, los padres y los pro-

prios terapeutas. Los resultados basados en los momentos pre-/post-tratamiento y seguimiento (a los tres y seis meses) muestran una importante reducción de la sintomatología ansioso-depresiva en los tres adolescentes de acuerdo con las diferentes fuentes de información. Se discuten las implicaciones de administrar telemáticamente el UP-A para mejorar el acceso a la terapia de los trastornos emocionales basada en la evidencia en población adolescente.

Palabras clave: Protocolo Unificado Transdiagnós-

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Flavia Arrigoni, Pontificia Universidad Católica Argentina; Universidad de Cádiz, España.

Email: flavia.arrigoni@uca.es

ORCID: Flavia Arrigoni (<https://orcid.org/0000-0001-5664-6167>), Esperanza Marchena Consejero (<https://orcid.org/0000-0002-2043-029X>) y José I. Navarro Guzmán (<https://orcid.org/0000-0002-0738-2641>).

¹ Pontificia Universidad Católica, Argentina.

² Universidad de Cádiz, España.

Recibido: 4 de abril de 2022.

Aceptado: 12 de junio de 2022.

tico; regulación emocional; telepsicología; contexto académico; Aula Universitaria de Mayores.

Abstract

Emotional disorders are the result of a triple vulnerability. The pandemic context increased the appearance of emotional imbalances, and being an older adult in that context, constituted a psychological vulnerability that may have favored the appearance of emotional disorders, affecting the health and well-being of these people. Objective. Explore the feasibility and clinical utility of the online group Unified Protocol to improve emotional regulation in an academic context. Research with a quantitative, exploratory, descriptive, and interactive approach, with a quasi-experimental design, pre-posttest for paired samples. Study with a non-probabilistic sample of volunteers that was formed by 13 students with an average age of 61.92 years ($DT = 4.4$; range of 55 to 70) of the University of Cadiz's Elderly Classroom who received an online, synchronous, group psychological intervention for three months (from December 2020 to February 2021). Pre and post-intervention measurements were performed. The intervention consisted of 12 weekly 90-minute sessions. Instruments: OASIS, ODSIS, QLI-Sp, COP, PANAS, RRS, CORE-OM, BEAQ, NEO FFI, ad hoc sociodemographic data sheet, Satisfaction Scale and Treatment Assessment Survey. The results of the Multivariate Analysis of Variance (MANOVA) showed a statistically significant reduction ($p < .05$) in psychological distress: CORE OM Problem ($t = 2.345$; $p < .037$), CORE OM Functioning ($Z = -1.968$; $p < .049$), CORE OM Visi ($Z = -2.028$; $p < .043$) and CORE OM VISI-R ($Z = -2.040$; $p < .041$). After the intervention, there was a quantitative increase in quality of life, optimism and positive affection; and a reduction in anxiety, negative affection, rumiative behavior, avoidant behavior and psychological discomfort. To know the size of the effect Cohen d was used, this was small in the different variables in study. High levels of satisfaction with the treatment were found and most of the participants were satisfied or very satisfied with the quality of the treatment. The preliminary results obtained justify the design of a randomized controlled trial to show the efficacy of the Unified Protocol in this context and population. It is be-

lieved that this type of intervention would satisfy the specific needs of this population and offer them a space for health care and promotion of their well-being from the academic context.

Keywords: Unified Transdiagnostic Protocol; emotional regulation; telepsychology; academic context; University Hall of Seniors.

Introducción

Los trastornos mentales más prevalente, los Trastornos Emocionales (TE), abarcan los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo (unipolares) y otros trastornos relacionados (Labrador et al., 2010; Moreno y Moriana, 2012; OMS, 2017).

En 1982, la Asamblea Mundial de Envejecimiento, acordó incluir en la categoría vejez a las personas de 60 años o más. El envejecimiento puede entenderse como el producto de las modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales, y bioquímicas, que el paso del tiempo origina sobre un ser vivo. Prepararse para afrontar el envejecimiento poblacional y construir sociedades más amigables con las personas mayores de 60 años era una prioridad en el mundo aún antes de la pandemia por el brote del SARS-CoV-2/COVID-19 (Villafuerte Reinante et al., 2017).

Durante la situación de alerta sanitaria (Real Decreto 463/2020), los mayores de 60 años fueron consideradas como grupo de riesgo debido a que un gran número de personas de esa edad moría. El clima de incertidumbre, la creciente cifra de muertes en el país, la diversidad de información desde múltiples y contradictorias fuentes, así como la pertenencia a un grupo considerado de riesgo en tal contexto, pueden haber impactado en el estatus de salud y bienestar de las personas mayores, que según Ausín et al. (2017), son más vulnerables a sentirse solas debido a los cambios y pérdidas asociados con la edad.

Buitrago-Ramírez et al. (2021) consideran que el confinamiento obligado de las personas debido a la pandemia, si bien afectó el normal desarrollo de la vida de la mayoría de la población española, tuvo un mayor impacto en deter-

minados grupos de la población, tales como los ancianos, las personas que viven solas, las mujeres, entre otros. En consonancia, Dávila de Velásquez (2021) señala a los adultos mayores como el grupo etario más vulnerables durante la pandemia por COVID-19, tal estado de fragilidad puede haber incrementado las posibilidades de que desarrollasen algún padecimiento físico o mental.

Uno de los problemas más acuciantes en relación con la salud en la vejez es la disminución de la propia capacidad para responder adecuadamente frente a ciertos estímulos nocivos (Pérez-Zepeda, 2015).

El Aula Universitaria de Mayores (AUM) de la Universidad de Cádiz es una entidad académica y cultural cuyo objetivo es potenciar la integración de las personas mayores de 55 años en la vida social, cultural y universitaria. Se trata de una iniciativa del Vicerrectorado de Alumnado de la UCA, conjuntamente con la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, de la Junta de Andalucía. La actividad principal del AUM consiste en un plan formativo de cinco cursos académicos. Además de este plan, se organizan actividades complementarias en colaboración con otros servicios y áreas de la UCA en las que los alumnos pueden matricularse voluntariamente (Universidad de Cádiz, 2021).

El objetivo general del AUM es integrar a las personas mayores en la vida económica, social y cultural, posicionándose frente a esta etapa del ciclo vital como una visión positiva, con énfasis en los recursos, experiencias y posibilidades, para lo cual se proponen diversas actividades (académicas, sociales, culturales), que se espera operen como facilitadores de un pleno desarrollo de las propias capacidades para lograr un mayor disfrute.

Las restricciones en la movilidad debido a la pandemia pueden haber incrementado los niveles de ansiedad de estas personas, debido a la inacción y posible aislamiento (Dávila de Velásquez, 2021). Incluso en el curso 2020-2021 en la UCA no se reiniciaron las actividades presenciales para el alumnado del AUM, lo que claramente implicó limitaciones en las interacciones sociales. El único requisito para pertenecer al AUM es haber cumplido 55 años, sin importar el nivel de estudios previo.

Osma (2019) toma de Mrazek y Haggerty (1994) los conceptos de prevención universal, selectiva e indicada, y considera como estrategias de prevención selectiva de la salud a aquellas dirigidas a personas o grupos que, debido a la presencia de factores de riesgo de tipo biológico, psicológico o social, tienen más probabilidades que el resto de la población de desarrollar un trastorno mental.

En nuestro estudio, el alumnado del AUM ha sido considerado como población de riesgo, debido al alto índice de fallecidos mayores durante la primera ola de la pandemia por COVID-19, el aislamiento por las restricciones a la movilidad, las limitaciones en el uso de las TIC, el no haber podido incluirse en forma presencial en las actividades del AUM a partir del curso 2020-2021, entre otros aspectos. Por lo tanto, se estima que la propuesta de intervención psicológica grupal, en línea, sincrónica gestada respondió a una estrategia de prevención selectiva de la salud, en un contexto académico, durante la pandemia por COVID-19 en España.

Si bien todas las personas tienen el derecho a recibir una formación continua y actualizada que permita desarrollar sus potencialidades, capacidades y actitudes para adaptarse a los cambios siempre constantes de los contextos en los que transcurre su vida, hace ya tiempo se evidenciaba el uso más extendido de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y las cada vez más grandes limitaciones en su manejo por parte de los mayores de 60 años. La pandemia implicó la digitalización de numerosas actividades humanas, obligando a crear condiciones y entornos inclusivos para todas las personas, de todas las edades, por lo que una consideración especial requiriere el grupo de mayores para poder promover su participación activa en la sociedad digitalizada (Vega y Quintero-Romero, 2019).

Ante la situación generada por la pandemia, durante el período de distanciamiento social, las consultas online, especialmente a través de video chat, eran una alternativa viable para ofrecer atención y terapia psicológica (Consejo General de la Psicología de España, 2020). La terapia en línea, ciberterapia o telepsicología, ofreció a los usuarios la posibilidad de acceder a un servicio psicológico oportuno y de calidad. La American Psychological Association ([APA], 2013) la define como “la prestación de servicios

psicológicos mediante las tecnologías de la información y comunicación”.

Barlow et al. (2015, 2019b) han diseñado, implementado y evaluado un Protocolo que se estima propicio para el tratamiento de los TE, sencillo de implementar y con una óptima relación coste/beneficio: el Protocolo Unificado para el tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU). Su objetivo es mejorar la regulación emocional de las personas, es decir, “extinguir el malestar en respuesta a las emociones intensas, la reducción de las reacciones negativas ante las emociones puede reducir la utilidad del afrontamiento evitativo [...] que produce un rebote de los síntomas, manteniéndolos a lo largo del tiempo” (Osma, 2019, p. 26).

Osma (2019) enfatiza la conveniencia de evaluar su eficacia “con independencia del formato, contexto y condición clínica a la que se aplique” (p. 333), por lo que se aspira que el presente estudio sea un aporte a la evaluación de su aplicación en un contexto no clínico (en este caso en un contexto académico no clínico) en un formato grupal en línea. El presente estudio persiguió como objetivo general “Explorar la viabilidad y utilidad clínica para mejorar la regulación emocional del PU grupal en línea en un contexto académico-no clínico de un grupo de alumnos del Aula Universitaria de Mayores de la Universidad de Cádiz”.

Método

Se trató de un estudio cuantitativo con enfoque exploratorio-descriptivo e interactivo. El diseño fue de tipo cuasiexperimental, pre-post test para muestras pareadas. Se trabajó con una muestra incidental de participantes voluntarios, por lo que la misma quedó conformada con las personas que respondieron “activamente a una invitación” (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 387).

Participantes

Los participantes fueron 13 estudiantes del AUM: 10 mujeres y tres varones. La edad promedio fue de 61.9 años (DT = 4.4; rango de 55 a 70).

Instrumentos y protocolo de evaluación

Atendiendo a que la propuesta fue completamente en línea, para la evaluación pre y post prueba se construyó un formulario de Google, en el cual se incluyeron tanto el consentimiento informado como las técnicas seleccionadas. Los instrumentos aplicados están validados en España y sus propiedades psicométricas son buenas (Tabla 1).

Intervención

Con el fin de mejorar la regulación emocional de los participantes, desde una perspectiva de prevención selectiva de la salud y en un contexto académico no clínico, se aplicó el PU estandarizado de 8 módulos, cuyas temáticas son: Estableciendo objetivos y manteniendo la motivación, Comprendiendo tus emociones, Conciencia emocional plena, Flexibilidad cognitiva, Oponiéndose a las conductas emocionales, Comprendiendo y afrontando las sensaciones físicas, Exposiciones emocionales y Reconociendo tus logros y mirando al futuro.

La intervención fue completamente en línea, y desarrollada a través del Campus Virtual de la UCA. Consistió en 12 sesiones grupales, en línea, sincrónicas, con una frecuencia semanal y hora y media de duración. La propuesta de intervención incluyó psicoeducación, práctica de la conciencia emocional e interoceptiva, entrenamiento en flexibilidad cognitiva, ejercicios de exposición emocional y, finalmente, prevención de recaídas. Todas las sesiones fueron coordinadas por la misma terapeuta y el programa incluía la asignación de tareas para la casa entre sesiones.

Se puso a disposición de los participantes el material del PU y material adicional (técnicas de relajación, regulación del afecto positivo, y otro tipo de material).

Tabla 1

Protocolo de Evaluación pre y post intervención

Tipo de instrumento	Nombre del instrumento	Variable que evalúa	Referencia	Momento
Autoinforme	<i>Overall Anxiety Severity and Impairment Scale</i> (OASIS)	Interferencia y gravedad asociada a la ansiedad	Norman <i>et al.</i> (2006); Osma <i>et al.</i> (2019)	Pre-T Post-T
Autoinforme	<i>Overall Depression Severity and Impairment Scale</i> (ODSIS)	Interferencia y gravedad asociada a la depresión	Bentley <i>et al.</i> (2014); Osma <i>et al.</i> (2019)	Pre-T Post-T
Autoinforme	Índice de Calidad de Vida Versión española (QLI-Sp)	Calidad de vida	Mezzich <i>et al.</i> (1996); Mezzich <i>et al.</i> (2000)	Pre-T Post-T
Autoinforme	Cuestionario de Optimismo (COP)	Optimismo	Pedrosa <i>et al.</i> (2015)	Pre-T Post-T
Autoinforme	Escala de afecto positivo y negativo. Adaptación española (PANAS)	Afecto positivo y afecto negativo	Watson <i>et al.</i> (1988); Sandín <i>et al.</i> (1999)	Pre-T Post-T
Autoinforme	Escala de Respuestas rumiativas. Adaptación española (RRS)	Estilo rumiativo	Nolen-Hoeksema & Morrow (1991); Hervás (2008)	Pre-T Post-T
Autoinforme	<i>Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure</i> Adaptación española (CORE-OM)	a) Malestar psicológico. dimensiones: Bienestar subjetivo, Problemas/síntomas, Funcionamiento general y Riesgo. b) Progreso terapéutico	Feixas <i>et al.</i> (2012); Trujillo <i>et al.</i> (2016)	Pre-T Post-T
Autoinforme	<i>Brief Experiential Avoidance Questionnaire</i> Adaptación española (BEAQ)	Evitación experiencial	Gámez <i>et al.</i> (2014); Vázquez-Morejón <i>et al.</i> (2019)	Pre-T Post-T
Autoinforme	NEO Five-Factor Inventory. Adaptación española (NEO-FFI)	5 factores de la personalidad: Neuroticismo Extraversión Apertura Amabilidad Responsabilidad	Costa y McCrae (1999); Aluja <i>et al.</i> (2005); Osma <i>et al.</i> (2019)	Pre-T

Tabla 1*Protocolo de Evaluación pre y post intervención (continuación)*

Tipo de instrumento	Nombre del instrumento	Variable que evalúa	Referencia	Momento
Ficha	Ficha sociodemográfica	• Edad • Género • Nacionalidad • Estado civil • Número de hijos • Nivel de estudios • Profesión desempeñada u ocupación • Situación laboral actual • Variables relacionadas con la salud de los participantes: enfermedades, medicación, tratamiento psicológico/psiquiátrico	Ad hoc	Pre-T
Escala	Escala de Satisfacción/ Opinión, Adaptado	Satisfacción con el tratamiento 6 ítems a) Lógica del tratamiento b) Satisfacción con el tratamiento c) Recomendación del tratamiento a otras personas con problemas similares d) Utilidad del tratamiento para otros problemas psicológicos e) Utilidad del tratamiento para su propio problema específico f) Aversión al tratamiento	Borkovec & Nau, 1972	Post-T
Cuestionario ad hoc	Valoración personal sobre el tratamiento	Satisfacción con aspectos específicos del tratamiento: Cronograma, pertinencia de las temáticas, modalidad de los encuentros, material compartido y terapeuta Pregunta abierta: "Sugerencia, comentario u opinión"	Ad hoc	Post- T

El personal docente y administrativo del AUM del Campus Cádiz y Jerez de la Frontera fue el responsable de informar al alumnado sobre la existencia del Seminario "Bienestar psicológico y salud". La participación fue voluntaria y sin compensación económica. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado.

Los criterios de inclusión fueron: (a) leer y hablar español en forma fluida; (b) estar inscrito en el curso 2020-2021 del Aula Universitaria de Mayores del Campus Cádiz y Campus Jerez de la Frontera; (c) tener acceso a internet y recursos tecnológicos para participar en línea (Smartphone o computadora); (d) poseer conocimientos mínimos del manejo de las TICs; (e) tener disponibilidad

horaria para participar de las sesiones y realizar las tareas para la casa; (f) comprender y aceptar el contenido del consentimiento informado expresado al firmarlo.

Los criterios de exclusión fueron: (a) personas ajenas al grupo convocado para participar del presente estudio; (b) no tener acceso a internet; (c) carecer de conocimientos mínimos de manejo de las TICs.

Atendiendo a que el presente estudio versa sobre la aplicación y evaluación de la utilidad clínica y viabilidad del PU desde una perspectiva preventiva de la salud en un contexto académico no clínico, no se partió de un diagnóstico psicopatológico de los participantes.

La investigación constó de dos fases: Evaluación e Intervención. Se realizaron dos evaluaciones: pre y post intervención a través de un formulario google. El PU fue implementado por una psicóloga con más de 15 años de experiencia clínica.

La intervención se desarrolló durante los meses de diciembre del año 2020 y febrero del año 2021, en un contexto de pandemia en España. En la Comunidad Autónoma de Andalucía (lugar de enclave de la Universidad de Cádiz) en el mes de noviembre de 2020 se incrementaron las restricciones debido a la expansión del Covid19 y las actividades de la institución universitaria se tornaron completamente virtuales. Asimismo, cabe mencionar que en el curso 2020-2021, el AUM no retomó las actividades de manera presencial, y solo se hicieron algunas propuestas con una modalidad virtual.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el SPSS 21. En primer lugar, se analizaron las características sociodemográficas de la muestra total ($N = 13$) y se obtuvieron los estadísticos descriptivos de los distintos instrumentos utilizados (se calculó la media y desviación estándar). Atendiendo a que el tamaño de la muestra fue inferior a 50 ($N = 13$), para el análisis de la normalidad de la distribución se utilizó la Prueba de normalidad de Shapiro Wilk.

Se realizó un análisis multivariado de la varianza (MANOVA) para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones pre y post intervención de las variables estudiadas, estableciendo el nivel de significancia en $p < .05$. Para el análisis de la significancia, se utilizó la prueba paramétrica t de Student (cuando distribución normal) o la prueba no paramétrica Wilcoxon test (distribución no normal). Asimismo, se calculó el tamaño del efecto con la d Cohen (Cohen, 1988).

Para evaluar la viabilidad y aceptación de la intervención propuesta, se desarrolló un análisis cuantitativo y cualitativo. A nivel cuantitativo, se utilizó la Escala de Satisfacción/Opinión adaptación de Borkovec y Nau (1972) y una Encuesta de valoración personal ad hoc para conocer la opinión de los participantes sobre diversos aspectos relacionados con la intervención psicológica recibida. A ni-

vel cualitativo, se incluyó una pregunta abierta sobre “Sugerencia, comentario u opinión”. Las respuestas fueron analizadas clasificando la información mediante un proceso de segmentación, identificación de temas claves y categorías de análisis (De Andrés-Pizarro, 2000).

Resultados

Análisis descriptivo

Los resultados del análisis descriptivo de las variables sociodemográficas evidencian que el 76.9 % de los participantes fueron mujeres, el 61.5 % eran casados y convivían con su pareja. El 30.8 % tenían una formación universitaria y el 38.5 % secundaria. El 100 % de los participantes eran jubilados (Tabla 2).

Tabla 2

Frecuencias y porcentajes de los datos sociodemográficos generales tomados de los participantes del Estudio

		<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Género</i>	Mujer	10	76.9
	Varón	3	23.1
<i>Estado Civil</i>	Divorciado/a	2	15.4
	Casado/a	8	61.5
	Soltero/a	1	7.7
	Separado/a	1	7.7
	Viudo/a	1	7.7
	Pareja	8	61.5
	Pareja e hijos	1	7.7
<i>Convivencia</i>	Solo/a	3	23.1
	Otro	1	7.7
	0	3	23.1
<i>Número de hijos</i>	1	2	15.4
	2	5	38.5
	3	3	23.1
	Universitarios Com.	4	30.8
<i>Nivel de estudios</i>	Secundario	5	38.5
	Primario	4	30.8
<i>Situación laboral</i>	Jubilado/a	13	100.0

En lo que respecta al estado de salud general de los participantes, cabe mencionar que el 38.5 % reconoció padecer algún tipo de enfermedad, el 69.2 % tomar alguna medicación y el 15.4 % estar en tratamiento psiquiátrico o psicológico (Tabla 3).

Tabla 3

Frecuencias y porcentajes de los datos relativos al estado de salud general de los participantes del Estudio

Variables salud		f	%
Enfermedad	Si	5	38.5
	No	7	53.8
	Ns/Nc	1	7.7
Toma medicación	Si	9	69.2
	No	1	7.7
	Ns/Nc	3	23.1
Tratamiento psicológico/psiquiátrico	Si	2	15.4
	No	11	84.6
	Ns/Nc	0	0

Las medias, desviaciones típicas y tamaño del efecto de los instrumentos administrados en el presente estudio figuran en la Tabla 4.

Los resultados de la prueba de normalidad de la prueba Shapiro Wilk mostró una distribución normal ($p > .05$) para Ansiedad, Depresión, Optimismo, Afecto positivo y afecto negativo, conducta rumiativa y conducta evitativa, escala Bienestar y Problema del CORE OM; y una distri-

Tabla 4

Datos estadísticos descriptivos (medias y desviaciones típicas) de los resultados pre- y post test y d de Cohen de las pruebas realizadas

Puntuaciones Pretest y Posttest	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica	Incremento/Reducción	d de Cohen
Pretest OASIS	0.00	16.00	6.30	5.43		
Posttest OASIS	0.00	14.00	6.07	4.44	-0.23	-0.05
Pretest ODSIS	0.00	15.00	3.69	4.97		
Posttest ODSIS	0.00	11.00	4.30	3.72	+0.61	0.14
Pretest QLI-Sp	41.00	100	72.84	18.35		
Posttest QLI-Sp	37.00	100	73.84	19.39	+1	0.05
Pretest COP	24.00	45.00	34.23	5.97		
Posttest COP	26.00	41.00	34.76	5.01	+0.53	0.10
Pretest PANAS A.P.	19.00	48.00	33.46	7.30		
Posttest PANAS A.P.	26.00	50.00	34.92	6.29	+1.46	0.21
Pretest PANAS A.N.	10.00	39.00	24.84	9.31		
Posttest PANAS A.N.	10.00	33.00	23.76	8.16	-1.07	-0.12
Pretest RRS	24.00	62.00	38.53	11.14		
Posttest RRS	22.00	48.00	36.84	9.22	-1.69	-0.17
Pretest CORE OM Bienestar	2.00	13.00	6.61	3.01		
Posttest CORE OM Bienestar	1.00	9.00	5.38	3.04	-1.23	-0.41
Pretest CORE OM Problemas	6.00	37.00	20.84	7.64		
Posttest CORE OM Problemas	7.00	28.00	17.30	7.98	-3.53	-0.45
Pretest CORE OM Funcionamiento	7.00	31.00	16.46	6.10		
Posttest CORE OM Funcionamiento	3.00	23.00	13.53	6.94	-2.92	-0.45
Pretest CORE OM Riesgo	0.00	9.00	3.00	2.73		
Posttest CORE OM Riesgo	0.00	9.00	2.38	2.87	-0.61	-0.22
Pretest CORE OM VISI	15.00	87.00	46.92	18.41		
Posttest CORE OM VISI	11.00	67.00	38.61	19.73	-8.30	-0.44
Pretest CORE OM VISI-R	15.00	81.00	43.92	16.33		
Posttest CORE OM VISI-R	11.00	58.00	36.23	17.57	-7.69	-0.45
Pretest BEAK	47.00	69.00	59.30	6.54		
Posttest BEAK	36.00	77.00	57.92	11.41	-1.38	-0.15

Nota: **OASIS:** Overall Anxiety Severity and Impairment Scale; **ODSIS:** Overall Depression Severity and Impairment Scale; **QLI-Sp:** Quality of Life Index-QLI, versión española-QLI-Sp; **COP:** Cuestionario de Optimismo; **PANAS A.P.:** Escala de Afecto Positivo y Negativo, factor 1 (Afecto Positivo); **PANAS A.N.:** Escala de Afecto Positivo y Negativo, factor 2 (Afecto Negativo); **RRS:** Escala de Respuestas rumiativas; **CORE OM Bienestar:** Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure, Escala de Bienestar; **CORE OM Problemas:** Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure, Escala Problemas; **CORE OM Funcionamiento:** Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure, Escala Funcionamiento; **CORE OM Riesgo:** Clinical Outcomes in Routine Evaluation- Outcome Measure, Escala Riesgo; **CORE OM VISI:** Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure; **CORE OM VISI-R:** Clinical Outcomes in Routine Evaluation- Outcome Measure; **BEAK:** Brief Experiential Avoidance Questionnaire.

bución no normal ($p < .05$) para Calidad de Vida y escalas Funcionamiento, Riesgo, Visi y Visi-R del CORE OM.

Se estableció el nivel de significancia en $p < .05$. Para el análisis de la significancia, se utilizó la prueba paramétrica t de Student en las variables con una distribución normal, y la prueba no paramétrica Wilcoxon test en aquellas con una distribución no normal.

Utilidad clínica

Síntomas primarios

A partir de los datos resultantes del OASIS, tras la participación en el programa, se observó una leve disminución en la interferencia y gravedad asociada a la ansiedad de los participantes. Si bien no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre y post test ($t = 0.179$; $p > .861$), la participación en el programa promovió su disminución: la reducción cuantitativa media observada en el post test fue de 0.23 puntos.

En el cuestionario ODSIS, se observó un leve incremento en la interferencia y gravedad de la sintomatología depresiva. No obstante, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre y post test ($t = -0.469$; $p > .648$). El incremento cuantitativo medio observado en el post test fue de 0.61 puntos.

Síntomas secundarios

A partir de los datos resultantes del QLI-Sp, tras la participación en el programa, se observó un incremento en la calidad de vida (QLI) de los participantes. Si bien no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre y post test ($Z = -0.153$; $p > .878$), es posible verificar que la participación en el programa promovió mejoras en esta variable. El incremento cuantitativo medio observado en el post test fue de 1 punto.

De los datos resultantes del COP, se observó un incremento en el Optimismo (O) de los participantes tras su participación en el programa. El incremento cuantitativo medio observado en el post test fue de 0.53 puntos. Si bien no se hallaron diferencias estadísticamente significativas

entre las mediciones pre y post test ($t = 1.93614$; $p > .644$), participar en el programa de intervención generó un incremento del O.

En relación con los datos obtenidos a partir del PANAS, el análisis factorial agrupa los 20 ítems en dos factores: factor 1 (AP) y factor 2 (AN). En relación con el AP, en las mediciones post test de los participantes, se observó su incremento, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre y post test ($t = 1.76088$; $p > .343$). Por otro lado, en relación con la variable AN, en las mediciones post test se observó una disminución, aunque los resultados obtenidos de la prueba t Student no arrojaron diferencias estadísticamente significativas ($t = 0.926$; $p > .373$). En cualquier caso, el AP se incrementó en 1.46 puntos; y el AN se redujo en 1.07 puntos.

En cuanto al sexto de los instrumentos utilizado, la RRS, del análisis de los resultados obtenidos en las mediciones post test se observó una reducción de las conductas rumiativas (CR) tras la participación en el programa. Los resultados obtenidos de la prueba t Student arrojaron diferencias estadísticamente significativas ($t = 1.007$; $p > .334$). En todo caso, la CR se redujo en 1.69 puntos.

De los datos resultantes del CORE-OM se observó lo siguiente: el análisis factorial agrupa los 34 ítems en 6 factores: Bienestar (B), Problema (P), Funcionamiento (F), Riesgo (R), VISI y VISI-R. Una menor puntuación refleja mayor bienestar y progreso en el tratamiento. Con relación al B, se observó una disminución en las mediciones pre-post test, lo que refleja un incremento del bienestar. No obstante, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre y post test ($t = 2.086$; $p > .059$). La reducción cuantitativa media observada en el post test fue de 1.23 puntos. En relación con el P, se observó una disminución en las mediciones post test, lo que refleja una disminución de los problemas y/o síntomas tras la participación en el programa, alcanzando la significación estadística ($t = 2.345$; $p < .037$). La disminución cuantitativa media observada en el post test fue de 3.53 puntos. En relación con el F, se observó una disminución en las mediciones post test, lo que refleja un incremento del funcionamiento tras la participación en el programa. Las diferencias fueron significativas estadísticamente:

$Z = -1.968$; $p < 0.049$. La disminución cuantitativa media observada en el post test fue de 2.92 puntos. En lo que respecta al R, se observó una disminución en las mediciones post test, lo que refleja una reducción del malestar y percepción del riesgo. La disminución cuantitativa media observada en el post test fue de 0.61 puntos. Sin embargo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la escala del riesgo tras la participación en el programa ($Z = -0.914$; $p > .361$). En la escala general de Visibilidad (VISI), se observó una disminución en las mediciones post test, lo que refleja un incremento del bienestar tras la participación en el programa. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre y post test ($Z = -2.028$; $p < .043$). La disminución cuantitativa media observada en el post test fue de 8.3 puntos. Los resultados obtenidos en el VISI dan cuenta, no solo de una disminución del malestar psicológico, sino también, de un progreso en el tratamiento. En relación con la escala VISI-

R (Visibilidad menos riesgo), se observó una disminución en las mediciones post test, alcanzando una diferencia estadísticamente significativa ($Z = -2.040$; $p < .041$). La disminución cuantitativa media observada en el post test fue de 7.69 puntos.

De los datos obtenidos a partir del BEAK tras la participación en el programa, fue posible observar una reducción en las conductas evitativas. Los resultados obtenidos de la prueba t Student arrojaron diferencias no estadísticamente significativas ($t = 0.555$; $p > .589$). Numéricamente, se redujeron en 1.38 puntos. El tamaño del efecto fue pequeño en todos los instrumentos aplicados –osciló entre 0.05 y 0.45– (Tabla 4).

En síntesis, el MANOVA mostró cambios estadísticamente significativos en 4 factores del CORE OM: Problema, Funcionamiento, VISI y VISI-R (Tabla 5).

Tabla 5

Valores medios, desviación estándar (SD) y comparaciones entre los resultados pre y post test en las diferentes pruebas aplicadas en el Estudio

Pruebas Administradas	Pre test		Post test		t/Z
	Media	SD	Media	SD	
Overall Anxiety Severity and Impairment Scale- OASIS	6.30	5.43	6.07	4.44	0.179
Overall Depression Severity and Impairment Scale- ODSIS	3.69	4.97	4.30	3.72	-0.469
Quality of Life Index- QLI, versión Española- QLI-Sp.	72.84	18.35	73.84	19.39	-0.153
Cuestionario de Optimismo-COP	34.23	5.97	34.76	5.01	-0.474
Escala de Afecto Positivo y Negativo- PANAS, factor 1 (afecto positivo)	33.46	7.3	34.92	6.29	-0.988
Escala de Afecto Positivo y Negativo- PANAS, factor 2 (afecto negativo)	24.84	9.31	23.76	8.16	0.926
Escala de Respuestas rumiativas-RRS	38.53	11.14	36.84	9.22	1.007
Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM), EscalaBienestar	6.61	3.01	5.38	3.04	2.086
Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM), EscalaProblemas	20.84	7.64	17.30	7.98	2.345*
Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM), EscalaFuncionamiento	16.46	6.10	13.53	6.94	-1.968*
Clinical Outcomes in Routine Evaluation -Outcome Measure (CORE-OM), EscalaRiesgo	3.00	2.73	2.38	2.87	-0.914
Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM), VISI	46.92	18.41	38.61	19.73	-2.028*
Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM), VISI-R	43.92	16.33	36.23	17.57	-2.040*
Brief Experiential Avoidance Questionnaire - BEAK	59.30	6.54	57.92	11.41	0.555

Nota: (*) $p < .05$.

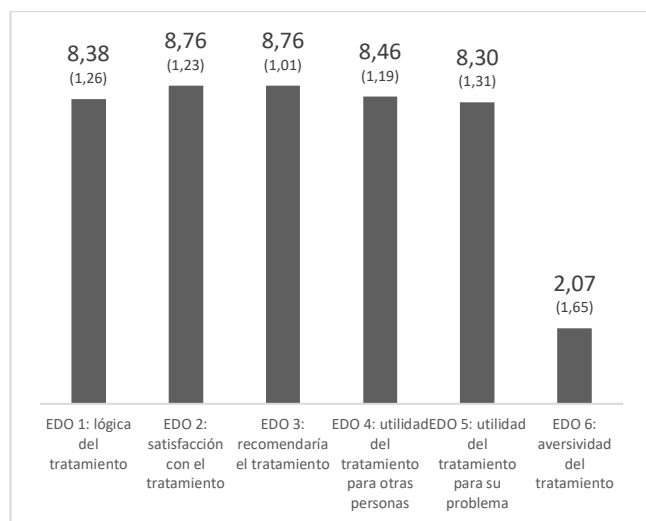
Viabilidad y satisfacción con la intervención

Análisis cuantitativo

En lo que respecta a la Escala de Satisfacción/Opinión, los resultados evidencian altos niveles de satisfacción (entre 8.30 y 8.76) con los distintos aspectos vinculados al programa de intervención recibido: lógica del tratamiento, satisfacción con el tratamiento, recomendación del tratamiento a otras personas con problemas similares y utilidad del tratamiento, tanto para otros problemas psicológicos como para su propio problema específico. Los resultados de la opinión del tratamiento se muestran en la Figura 1.

Figura 1

Resultados (M y DS) obtenidos en la escala de satisfacción / opinión sobre el tratamiento (adaptación española de Borkovec y Nau, 1972)



Por su parte, del análisis de los resultados en la Encuesta de Valoración personal ad hoc se observa que el 92.3 % evaluó como Satisfactorio o Muy Satisfactorio el Cronograma, el 92.3 % la pertinencia de las temáticas, el 92.3 % la modalidad de las sesiones, el 92.3 % el material compartido y el 100% a la terapeuta (Tabla 6).

Tabla 6

Frecuencia y porcentaje de la valoración personal de las participantes del Estudio sobre diversos aspectos de tratamiento recibido

Ítem		f	%
Cronograma	Insatisfactorio	0	0
	Poco satisfactorio	0	0
	Aceptable	1	7.7
	Satisfactorio	6	46.2
	Muy satisfactorio	6	46.2
Pertinencia temáticas	Insatisfactorio	0	0
	Poco satisfactorio	0	0
	Aceptable	1	7.7
	Satisfactorio	8	61.5
	Muy satisfactorio	4	30.8
Modalidad sesiones	Insatisfactorio	0	0
	Poco satisfactorio	0	0
	Aceptable	1	7.7
	Satisfactorio	7	53.8
	Muy satisfactorio	5	38.5
Material compartido	Insatisfactorio	0	0
	Poco satisfactorio	0	0
	Aceptable	1	7.7
	Satisfactorio	5	38.5
	Muy satisfactorio	7	53.8
Terapeuta	Insatisfactorio	0	0
	Poco satisfactorio	0	0
	Aceptable	0	0
	Satisfactorio	6	46.2
	Muy satisfactorio	7	53.8

Análisis cualitativo

La pregunta abierta sobre “Sugerencia, comentario u opinión” fue analizada cualitativamente. El 70 % realizó un aporte en tal sentido. Las categorías de análisis fueron: Utilidad de la intervención, Emociones experimentadas, Circunstancias actuales por contexto de pandemia y Sugerencias (Modalidad de abordaje y Duración de la intervención). La Tabla 7 muestra los testimonios de algunos participantes que ilustran lo que han expresado con relación a la intervención recibida.

Tabla 7

Sugerencias, comentario u opinión de algunas participantes del Estudio que ilustran lo que han expresado en relación a la intervención recibida

Categoría	Subcategoría	f	Testimonio
Utilidad de la intervención		3	"El programa muy positivo"; "Muy bueno y terapéutico".
Emociones experimentadas		2	"Quedo muy satisfecha"; "Muy agradecido"
Circunstancias actuales por contexto de pandemia		1	En una situación sin pandemia lo habría aprovechado mejor"
Sugerencias	Modalidad de abordaje	2	"Muy útil pero online es complicada la terapia y la práctica de la meditación"; "Estos talleres y clases online han sido toda una experiencia y creo q deberían de continuar porque son útiles y cómodos"
	Duración de la intervención	1	"Me gustaría que se repitieran cursos como este y con una mayor duración"

Discusión

El presente estudio aplica una intervención psicológica que ha probado ser eficaz para mejorar la regulación emocional: el PU. Se diseñó una intervención grupal, en línea, sincrónica, desde una perspectiva de prevención selectiva de la salud, en un contexto académico. Al tratarse de una intervención preventiva, no se partió de un diagnóstico clínico de los participantes. Nos propusimos mejorar la regulación emocional de los participantes y conocer la utilidad clínica de la intervención propuesta, y, por otro lado, obtener datos sobre la viabilidad, aceptación y satisfacción con el PU en el formato y contexto seleccionado. Los resultados preliminares obtenidos del presente estudio son alentadores y muestran la viabilidad y utilidad clínica del PU en el formato y contexto aplicado.

Información preliminar sobre la utilidad clínica

En relación con las vivencias de este grupo etario frente a una catástrofe Díaz et al. (2016) han señalado que este tipo de eventos, constituyen factores desencadenantes de vivencias de depresión o ansiedad, o pueden operar

como reactivadores de eventos traumáticos anteriores, pudiendo desencadenar diversos síntomas o desajustes mentales, conductuales y físicos; por ejemplo, "re-experimentar sentimientos de soledad o determinados temores al permanecer solo" (p. 391). En lo que respecta a las manifestaciones psicopatológicas más frecuentes que se pueden producir a raíz de un evento catastrófico, cabe mencionar "los trastornos depresivos y/o de ansiedad, el trastorno por estrés agudo, el estado de pánico y el estrés postraumático" (Díaz et al., 2016, p. 391).

Los participantes han mostrado una mejora en la calidad de vida, el optimismo y el afecto positivo; y una reducción en la ansiedad, el afecto negativo, la conducta rumiativa, la conducta evitativa y el malestar psicológico. Como fuera ya reportado, el tamaño del efecto fue pequeño en las diferentes variables en estudio, por lo que es posible inferir que se trabajó con una población que se sentía bien antes de la intervención y que tras la misma mantienen su nivel de bienestar general aun a pesar del contexto de pandemia de casi un año de duración.

Un estudio realizado en Chile con 250 adultos mayores (con una edad promedio de 70.8 años) encontró que el bienestar psicológico correlaciona positivamente con el apoyo social percibido (Vivaldi y Barra, 2012). Desde una

perspectiva eudaimónica, se considera al bienestar psicológico como indicador de un funcionamiento tal que posibilita el desarrollo de las capacidades de la persona. “El apoyo social es un elemento protector de la salud en los adultos mayores, al moderar los efectos negativos del estrés y contribuir así al bienestar y satisfacción con la vida” (Vivaldi y Barra, 2012, p. 24).

Los resultados permiten verificar la utilidad clínica de la intervención, ya que ayudó a que personas que se sentían bien, mantuvieran el nivel de bienestar, aun a pesar del contexto de pandemia, hallándose tras la intervención, cambios estadísticamente significativos en el malestar psicológico.

En lo que respecta a los síntomas primarios, Ansiedad y Depresión, cabe mencionar lo siguiente. En el caso de la Ansiedad, la media previa a la intervención del OASIS ($M = 6.30$) se encuentra por arriba del punto de corte de ≥ 4 para población no clínica (Osma et al., 2022), aunque muy por debajo del punto de corte de ≥ 10 para población clínica. Aun en un contexto de pandemia, la participación en el programa promovió una reducción en la Ansiedad ya que la media post fue de 6.07. La Depresión es considerada el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, y suele caracterizarse por tristeza, aislamiento, alteraciones en la concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional, entre otros (Sotelo et al., 2012).

En lo que respecta a la Depresión, la media pre del ODSIS ($M = 3.69$) se encuentra por debajo del punto de corte de ≥ 5 para población no clínica (Osma et al., 2022). Si bien la media post evidenció un leve incremento ($M = 4.30$) continuó encontrándose por debajo del punto de corte de ≥ 5 . Este dato resulta muy alentador ya que, a pesar de que la Depresión es uno de los TE más típicos con esta población, y del contexto de pandemia, no se produjo un incremento de esta variable en los participantes.

Se trató de una intervención en línea sincrónica. Una investigación cualitativa al término de un curso sobre el uso de las nuevas tecnologías, desarrollada desde la Universidad Autónoma de Baja California, describió que los participantes adultos mayores, evidenciaron, por un lado, un incremento de la motivación hacia el aprendizaje y uso

de las TIC, y, por otro lado, una reducción del sentimiento de soledad y aislamiento, ya que consideraron que las nuevas tecnologías fomentaron su comunicación (Sevilla-Caro et al., 2015).

Aun a pesar de tratarse de una intervención preventiva con población no clínica, los resultados son alentadores. Se trata de personas que se sentían bien antes de involucrarse en la intervención, y, aun así, tras la intervención han logrado mejorar su regulación emocional, todo esto en un contexto adverso de pandemia.

Si bien el contexto de pandemia ha impactado en la salud mental de las personas incrementando la aparición de sintomatología ansiosa o depresiva, los participantes no solo no han empeorado, sino que han mejorado en ciertas variables clínicas. El alumnado del AUM presentó cambios estadísticamente significativos en el malestar psicológico tras la participación en el programa de intervención por lo que resultó eficaz para incrementar el bienestar de los participantes.

Información preliminar sobre la viabilidad

Cabe destacar que los participantes se involucraron voluntariamente en la intervención evidenciando adecuados niveles de motivación. No obstante, se estima que quizás para esta población, hubiese sido conveniente instrumentar una capacitación previa sobre el manejo de las TICs, ya que durante su desarrollo se identificaron dificultades en tal sentido. En México, el Instituto de Estadística, Geografía e Informática-INEGI (2014) declaró que, en ese país, solo un 4.4 % de los usuarios de las nuevas tecnologías eran personas de 55 años o más.

Un estudio del que participó un grupo de adultos mayores colombianos (Vásquez-Rizo et al., 2020) consideran que la tecnología está más enfocada a satisfacer las necesidades de los jóvenes que las de los adultos mayores, lo que, sumado al limitado manejo de artefactos y aplicaciones, los excluye, por lo que Vásquez-Rizo et al. consideran a este colectivo como “una población en latente riesgo de exclusión tecnológica” (p. 136).

El contexto de cierre de las instalaciones universitarias y las restricciones a la movilidad debido a la pandemia, imposibilitaban una propuesta distinta de la en línea. La versatilidad del PU permitió, en un contexto de restricciones de la movilidad por la pandemia por COVID 19, su aplicación en un formato en línea. Sin embargo, esto resultó también ser una oportunidad. El hecho de que fuera en línea permitió incluir a alumnos del 1º al 5º curso del AUM de dos de los Campus de la UCA, ampliando así las posibilidades de interacción con personas de otras localidades de Cádiz. Lo grupal facilitaba las relaciones interpersonales, aunque fueron en línea.

Asimismo, la aplicación grupal en línea resultó coste-efectiva (Botella et al., 2019; Osma, 2019) ya que se hizo uso de recursos propios de la UCA (Campus Virtual) para realizar la propuesta de intervención grupal, siendo necesaria solo una profesional psicóloga.

Otro aspecto que refleja la viabilidad de la intervención propuesta en este contexto y con esta población, es el resultado obtenido en la Escala de Satisfacción/Opinión, la Encuesta de valoración personal ad hoc, y la pregunta sobre “Sugerencia, comentario u opinión”.

Los ítems en los que se hallaron niveles más altos de satisfacción fueron con el tratamiento recibido y que recomendarían el tratamiento. Asimismo, en la Escala de valoración personal, el ítem mejor valorado fue la terapeuta. Los participantes se mostraron satisfechos con la intervención psicológica recibida.

Fortalezas del estudio

El contexto de pandemia fue una oportunidad propicia para diseñar intervenciones tendientes a mejorar la regulación emocional del alumnado. La versatilidad del PU lo hacen aplicable en diversos formatos. Se estima que una de las fortalezas del presente estudio es utilizar el PU grupal en línea desde una perspectiva preventiva en salud con el fin de llegar a un mayor número de personas e incluso de diversos lugares (Cádiz y Jerez de la Frontera).

Otra fortaleza ha sido utilizar el PU en un contexto académico no clínico con alumnado del AUM, una población no estudiada hasta el momento. El instrumentar la intervención psicológica preventivas desde la universidad, temática no tan estudiada, que resulta coste-efectiva, no es-

tigmatizante para los participantes y permite “cuidar al alumnado”.

Limitaciones del estudio

Se estima que el presente estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, el tamaño (N=13) y tipo de la muestra (incidental, no probabilística) no permite generalizar los resultados obtenidos. Si bien los estudios son una forma rentable económicamente para estudiar preliminarmente la viabilidad y/o implementación de programas de intervención psicológica en contextos no estudiados aun u otros poco estudiados, los resultados obtenidos de los mismos deben ser considerados prudentemente como fase preliminar. No todos los alumnos y alumnas del AUM manejan las TICS, por lo cual debería planificarse una instancia previa de capacitación sobre el manejo de las mismas.

No se evaluó el mantenimiento de los cambios, es decir seguimiento a los 3, 6, 12 meses, ya que se consideró que el contexto de pandemia (con avances y retrocesos según la estación del año, la aparición de nuevas cepas, el avance del programa de vacunación, entre otros aspectos, impactan en la vida y estado emocional de las personas), algo que debería ser considerado en posteriores estudios con esta población y contextos.

Líneas futuras de investigación

Se estima que resultaría de interés replicar el presente estudio con una muestra más grande a través de un estudio clínico controlado aleatorizado. Debido a las limitaciones inherentes al tipo de estudio, no se ha analizado la eficiencia. Se estima conveniente considerar este aspecto en futuras investigaciones. El presente estudio puede ser considerado un aporte a la literatura existente sobre la utilidad clínica y versatilidad del PU, lo que lo torna aplicable en diferentes contextos y con poblaciones diferentes.

Conclusiones

La pandemia se asocia a un impacto negativo en el bienestar y salud de las personas, por lo tanto, resultaba con-

veniente promover instancias de prevención de la salud. En el contexto de pandemia por COVID 19 en España, ser mayor de 60 años aumentaba las probabilidades de muerte y por ende de desarrollar algún desajuste emocional al ser considerado un grupo de riesgo

El PU es una intervención cognitivo conductual de base emocional que ha mostrado una viabilidad preliminar y utilidad clínica en diversas poblaciones tales como mujeres víctimas violencia (Osma et al., 2022), mujeres en tratamiento por infertilidad (Martínez-Borba et al., 2022), entre otras, por lo que puede resultar de utilidad para mejorar la regulación emocional de las personas adultas mayores.

Considerando que los tratamientos psicológicos dispensados a través de procedimientos online son una aproximación emergente para desarrollar el acceso a las terapias cognitivo-conductuales basada en la evidencia (Sandín et al., 2020), se estima que el presente trabajo puede ser un valioso aporte. Asimismo, su formato grupal resultó coste efectivo.

El contar con información preliminar sobre la viabilidad y utilidad clínica del PU con alumnado del AUM en contexto académicos, aporta múltiples ventajas.

La primera es la posibilidad de diseñar este tipo de intervenciones desde un contexto académico, no estigmatizante, y que permita mejorar la regulación emocional de los adultos mayores.

La segunda es que, al tratarse de un abordaje grupal, permite llegar a un mayor número de personas con poco recurso humano, además de los beneficios que el abordaje grupal genera per se. Tal como han mencionado Echeburúa y Del Corral (2007) entre sus beneficios es posible mencionar: favorece el refuerzo social positivo, el modelado, la motivación al cambio y el aprendizaje de mejores estrategias de afrontamiento.

En tercer lugar, al tratarse de una intervención en línea, posibilita la participación de personas que residen en diferentes lugares de la Provincia de Cádiz y que asisten a los diferentes Campus de la UCA (Campus de Cádiz, Jerez de la Frontera, Puerto Real y Algeciras), facilitando el esta-

blecimiento de nuevas relaciones interpersonales, algo de importancia en la población diana.

Consideramos que este tipo de intervención responde a las necesidades de esta población y ofrece un tratamiento que mejora la regulación emocional y salud de estas personas.

Con este estudio se ha obtenido valiosa información preliminar que muestra la utilidad clínica y la viabilidad y aceptación del PU en formato grupal en línea en estudiantes del AUM de la UCA.

Los resultados preliminares obtenidos son prometedores. Si bien las limitaciones inherentes a este tipo de estudios implican la necesidad de ser cautelosos a la hora de interpretarlos, se estima que los mismos permiten justificar el diseño y ejecución de un estudio clínico aleatorizado para superar las limitaciones del presente estudio.

En este sentido, futuros estudios deberían considerar análisis más controlados con muestras más grandes y considerando las limitaciones del presente estudio: en primer lugar, proponer previamente una capacitación sobre el manejo de las TICs, incluir seguimientos a los 3, 6 y 12 meses, para nombrar solo algunos aspectos a tener en cuenta.

Se estima que contar con este estudio permitirá diseñar intervenciones más específicas que respondan a las necesidades de la población diana, y así aportar, desde un contexto académico, al bienestar y mejora de la salud integral de los participantes.

Los hallazgos de este estudio permiten concluir que, participar en un programa de prevención selectiva de la salud, en formato grupal, online, sincrónico ayudó a disminuir el malestar de los estudiantes mayores participantes.

Referencias

- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª ed.). Autor.
- American Psychological Association. (2021). *Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/clinical-psychology>
- Ausín, B., Muñoz, M. y Castellanos, M. (2017). Loneliness, Sociodemographic and Mental Health Variables in Spanish Adults over 65 Years Old. *The Spanish Journal of Psychology*, 20, Artículo e46. <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.48>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray Latin, H., Ellard, K., Bullis, J., Bentley, K., Boettcher, H. y Cassiello-Robbins, C. (2019b). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales: Manual del terapeuta [Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorder: Workbook]* (Trad. J. J. Osma López y E. Crespo Delgado; 2ª ed. rev y act.). Alianza.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray Latin, H., Ellard, K., Bullis, J., Bentley, K., Boettcher, H. y Cassiello-Robbins, C. (2019a). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales: Manual del paciente [Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorder: Workbook]* (Trad. J. J. Osma López y E. Crespo Delgado; 2ª ed. rev y act.). Alianza.
- Bentley, K., Gallagher, M., Carl, J. y Barlow, D. H. (2014). Development and Validation of the Overall Depression Severity and Impairment Scale. *Psychological Assessment*, 26(3), 815–830. <https://doi.org/10.1037/a0036216>
- Borkovec, T. D. y Nau, S. D. (1972). Credibility of Analogue Therapy Rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 257–260.
- Botella-Arbona, C., García Palacios, A., Días García, A., González Robles, A. y Castilla López, D. (2019). Protocolo de tratamiento transdiagnóstico online para los trastornos emocionales. En J. Osma (coord.), *Aplicaciones del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de la disregulación emocional* (pp. 297–318). Alianza.
- Campbell-Sills, L., Norman, S. B., Craske, M. G., Sullivan, G., Lang, A. J., Chavira, D. A., Bystritsky, A., Sherbourne, C., Roy-Byrne, P. y Stein, M. B. (2009). Validation of a Brief Measure of Anxiety-Related Severity and Impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Affective Disorders*, 112(1–3), 92–101. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.03.014>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2ª ed.). Academic Press.
- Consejo General de la Psicología de España. (2020). *El rol de los psicólogos en Europa frente al coronavirus-comunicado de la EFPA*. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8636
- Consejo General de Psicología de España. (2017). *Guía para la práctica de la telepsicología*. <http://www.cop.es/pdf/telepsicologia2017.pdf>
- CORE-OM. (2021). *Sitio web oficial en español* [página web]. <https://www.ub.edu/terdep/core/>
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1999). *NEO PI-R Manual. NEO PI-R, Inventario de Personalidad NEO Revisado. NEO-FFI, Inventario NEO reducido de Cinco Factores*. TEA.
- Dávila de Velásquez, A. (2021). El adulto mayor y la educación no formal en tiempos de pandemia [The Elderly Adult and Non-formal Education in Times of Pandemic]. *Revista Educare*, 25(1), 457–474.
- De Andrés-Pizarro, J. (2000). El análisis de estudios cualitativo [Analysis of Qualitative Studies]. *Atención Primaria*, 25(1), 42–46. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78463-0](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78463-0)

- Díaz Barrientos, E., Reyes Terrero, E. y Sosa Cornado, A. (2016). Comportamiento del anciano ante situaciones de desastres [Elderly behavior when facing disasters situations]. *Medisan*, 20(3), 390–394.
- Echeburua, E. y Del Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, ¿cómo y para qué? [Crisis Intervention in Victims of Traumatic Events: When, How and What for?]. *Psicología Conductual*, 15(3), 373–387.
- Feixas, G., García-Grau, E., Bados, A., González, E., Corbella, S., Botella, L., Saúl, L. Ángel, Trujillo, A., Evans, C. y López-González, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure [The Spanish Version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM)]. *Revista De Psicoterapia*, 23(89), 109–135. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.641>
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., Suzuki, N. y Watson, D. (2014). The Brief Experiential Avoidance Questionnaire: Development and Initial Validation. *Psychological Assessment*, 26(1), 35–45. <https://doi.org/10.1037/a0034473>
- Grill, S., Castañeiras, C. y Fasciglione, M. P. (2017). Aplicación grupal del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en población argentina [Group application of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in Argentine population]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22, 171–181. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18122>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación (6ª ed.)* [Investigation Methodology]. McGraw Hill.
- Hervás-Torres, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo [Spanish Adaptation of an Instrument to Assess Ruminative Style: Ruminative Responses Scale]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(2), 111–121. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.2.2008.4054>
- Labrador, F. J., Estupiñá, F. J. y García Vera, M. P. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados [Psychological Care Demand in Clinical Practice: Treatment and Results]. *Psicothema*, 22(3), 619–626. <https://doi.org/10.1177/0145445516667664>
- López-Gómez, I., Hervás, G. y Vázquez, C. (2015). Adaptación de la “Escala de afecto positivo y negativo” (PANAS) en una muestra general española. *Psicología Conductual*, 23(3), 529–548.
- Martínez-Borba, V., Osma, J., Crespo-Delgado, E., Andreu-Pejó, L. y Monferrer-Serrano, A. (2022). Prevention of Emotional Disorders and Symptoms Under Health Conditions: A Pilot Study using the Unified Protocol in a Fertility Unit. *Annals of Psychology*, 38(1), 25–35. <https://doi.org/10.6018/analesps.462331>
- Mezzich, J., Cohen, N. y Ruipérez, M. (1996). A Quality of Life Index: Brief description and validation. Paper presented at the *International Congress of the International Federation for Psychiatric Epidemiology*. Santiago de Compostela, Spain.
- Mezzich, J., Ruipérez, M., Pérez, 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>
- Moreno, E. y Moriana, J. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria [The treatment of Mental Health

- and Psychological Problems in a Primary Care]. *Salud Mental*, 4, 315–328. <https://pdfs.semanticscholar.org/5d2b/1ba42edb913ee711cd388776f6bbca8e4c0b.pdf>
- Mrazek, P. y Haggerty, R. (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academy.
- Nolen-Hoeksema, S. y Morrow, J. (1991). A Prospective Study of Depression and Posttraumatic Stress Symptoms after a Natural Disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115–121. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.1.115>
- Norman, S., Campbell-Sills, L., Hitchcock, C., Sullivan, S., Rochlin, A., Wilkins, K. y Stein, M. B. (2011). Psychometrics of a Brief Measure of Anxiety to Detect Severity and Impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Psychiatric Research*, 45(2), 262–268. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.06.011>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depression and other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). ¿Qué es una pandemia? https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/
- Osma, J. (2019). *Aplicaciones del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de la desregulación emocional*. Alianza.
- Osma, J., Martínez-Loredo, V., Díaz-García, A., Quilez-Orden, A. y Peris-Baquero, O. (2022). Spanish Adaptation of the Overall Anxiety and Depression Severity and Impairment Scales in University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), Artículo 345. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010345>
- Osma, J., Quilez-Ordena, A., Suso-Ribera, C., Peris-Baquero, O., Normand, S., Bentley, K., Sauer-Zavala, S. (2019). Psychometric properties and validation of the Spanish versions 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>
- Pedrosa, I., Celis-Atenas, K., Suárez-Álvarez, J., García-Cueto, E. y Muñoz, J. (2015). Cuestionario para la evaluación del optimismo: Fiabilidad y evidencias de validez [Questionnaire for the Assessment of Optimism: Reliability and Evidence of Validity]. *Terapia Psicológica*, 33(2), 127–138.
- Pérez-Zepeda, M. U. (2015). La importancia de la investigación para el bienestar del adulto mayor [The Importance of Research for the Well-Being of the Elderly]. *Enfermería Universitaria*, 12(2), 47–48. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.001>
- Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE-A-2020-3692. Publicado en BOE, 67, de 14 de marzo de 2020, 25390-25400. <https://www.boe.es/>
- Rosique-Sanz, M., Sandín, B., Valiente, R., García-Escalera, J. y Chorot, P. (2019). Tratamiento transdiagnóstico de un caso clínico con elevada comorbilidad de trastornos emocionales: aplicación del protocolo unificado [Transdiagnostic Treatment in a Clinical Case of High Comorbidity of Emotional Disorders: Application of the Unified Protocol]. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(1), 79–91. <http://doi.org/10.24205/03276716.2019.1092>
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T., Santed, M. y Valiente, R. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural [The PANAS Scale of Positive and Negative Affect: Factor Analytic Validation and Cross-cultural Convergence]. *Psicothema*, 11(1), 37–51.

- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Pineda, D., Espinosa, V., Magaz, M. y Chorot, P. (2020). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes a través de internet (iUP-A): Aplicación web y protocolo de un ensayo controlado aleatorizado [Internet-Delivered Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (iUP-A): Web Application and Study Protocol for a Randomized Controlled Trial]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24, 197–215. <https://doi.org/10.5944/rppc.26460>
- Sevilla Caro, M., Salgado Soto, M. y Osuna Millán, N. (2015). Envejecimiento activo. Las TIC en la vida del adulto mayor. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 6(11), 574–587.
- Sotelo, I., Rojas, J., Sánchez, C. y Irigoyen, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: epidemiológica desde el primer nivel de atención [Depression in the Elderly: a Clinical and Epidemiological Perspective from Primary Care]. *Archivos en Medicina Familiar*, 14(1), 5–13.
- Trujillo, A., Feixas, G., Bados, A. y García Grau, E. (2016). Psychometric Properties of the Spanish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure. *Neuropsychiatric Disorder Treatment*, 12, 1457–1466. <https://doi.org/10.2147/NDT.S103079>
- Universidad de Cádiz. (2021). Presentación Aula Universitaria de Mayores. <https://atencionalumnado.uca.es/presentacion-aula-de-mayores/>
- Vásquez-Rizo, F., García-Torres, D., Valencia-Pizarro, M. y Gabalán-Coello, J. (2020). Análisis de la apropiación tecnológica en el adulto mayor. Más allá de la edad [Analysis of Technological Appropriation by Elderly People. Beyond Age]. *Ánfora*, 27(49), 125–142. <https://doi.org/10.30854/anf.v27.n49.2020.741>
- Vega, O. y Quintero-Romero, S. (2019). Persona adulta mayor y TIC: un ambiente propicio para consolidar [Elderly Adult Person and Ict: An Enabling Environment to Consolidate]. *Anales en Gerontología*, 11, 129–140.
- Villafuerte Reinante, Y., Alonso Abatt, Y. Alonso Vila, Y., Alcaide Guardado, Y., Leyva Betancourt, I. y Arteaga Cuéllar, Y. (2017). El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial [Elderly Well-being and Quality of Life, a Challenge for Inter-Sectoral Action]. *Medisur*, 15(1), 85–92.
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores [Psychological Well-Being, Perceived Social Support and Health Perception Among Older Adults]. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23–29.
- Watson, D., Clark, L. y Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>

ADMINISTRACIÓN TELEMÁTICA DEL PROTOCOLO UNIFICADO PARA EL TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES EN ADOLESCENTES (tUP-A): UN ESTUDIO DE CASOS

DELIVERY OF THE UNIFIED PROTOCOL FOR TRANSDIAGNOSTIC TREATMENT OF EMOTIONAL DISORDERS IN ADOLESCENTS VIA TELEHEALTH (tUP-A): A CASE SERIES

VICTORIA ESPINOSA¹, JULIA GARCÍA-ESCALERA¹,
SANDRA ARNÁEZ¹, ROSA M. VALIENTE¹, BONIFACIO SANDÍN¹,
JULIA C. SCHMITT¹ Y PALOMA CHOROT¹

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Espinosa, V., García-Escalera, J., Arnáez, S., Valiente, R. M., Sandín, B., Schmitt, J. C. y Chorot, P. (2022). Administración telemática del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes (tUP-A): un estudio de casos [Delivery of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents via Telehealth (tUP-A): A Case Series]. *Acción Psicológica*, 19(2), 149–162. <https://doi.org/10.5944/ap.19.2.33292>

Resumen

El objetivo de este estudio fue proporcionar evidencia preliminar, de tipo cualitativo y cuantitativo, sobre la utilidad clínica del UP-A aplicado de forma telemática (tUP-A). Tres adolescentes diagnosticados de trastornos emocionales recibieron el tUP-A a través de sesiones semanales in-

dividuales por videollamada (e.g., trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de ansiedad social). Se examinaron los cambios en diversas variables cuantitativas y cualitativas actuando como informantes los adolescentes, los padres y los propios terapeutas. Los resultados basados en los momentos pre-/post-tratamiento y seguimiento (a los 3 y 6 meses) muestran una importante reducción de la sintomatología ansioso-depresiva en los tres adolescentes de acuerdo con

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Victoria Espinosa, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Email: vespinosa36@alumno.uned.es

ORCID: Victoria Espinosa (<https://orcid.org/0000-0002-8099-322X>), Julia García-Escalera (<https://orcid.org/0000-0002-9288-4071>), Sandra Arnáez (<https://orcid.org/0000-0003-4840-3231>), Rosa María Valiente (<https://orcid.org/0000-0003-2369-3295>), Bonifacio Sandín (<https://orcid.org/0000-0001-7206-6410>), Julia C. Schmitt (<https://orcid.org/0000-0002-4940-8539>) y Paloma Chorot (<https://orcid.org/0000-0002-5442-2917>),

¹ Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Recibido: 14 de enero de 2022.

Aceptado: 10 de mayo de 2022.

las diferentes fuentes de información. Se discuten las implicaciones de administrar telemáticamente el UP-A para mejorar el acceso a la terapia de los trastornos emocionales basada en la evidencia en población adolescente.

Palabras clave: protocolo unificado; adolescentes; transdiagnóstico; UP-A; trastornos emocionales; teleterapia.

Abstract

The aim of this study was to provide preliminary qualitative and quantitative evidence on the clinical utility of the UP-A delivered via telehealth (tUP-A). Three adolescents diagnosed with emotional disorders (i.e., generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, and social anxiety disorders) received the tUP-A through weekly individual therapy sessions via video call. We used clinical information provided by the adolescents, their parents, and the therapists to examine the changes in the different quantitative and qualitative variables included in the study. The results based on pre-, post-treatment and follow-up (at three and six months) show a significant reduction in anxiety and depressive symptoms in the three adolescents according to the different sources of information. Implications of the UP-A delivered via telehealth to improve access to evidence-based therapy for emotional disorders in the adolescent population are discussed.

Keywords: unified protocol; adolescents; transdiagnostic; UP-A; emotional disorders; telehealth.

Introducción

La prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en la etapa infanto-juvenil es elevada y varía de forma significativa a través de los distintos estudios, con un rango que oscila entre el 8.3 % y el 32.4 % (Sandín et al., 2018). Estos trastornos suponen un elevado impacto personal, familiar y social, generando un elevado coste económico (Pape et al., 2012). Además, frecuentemente se presentan al mismo tiempo o de forma consecutiva, con porcentajes de comorbilidad que pueden alcanzar el 75 % en población adolescente (Weersing et al., 2008). Esto es

relevante porque la comorbilidad está asociada a un aumento en la gravedad de los síntomas, los intentos de suicidio, el deterioro del funcionamiento global y una peor respuesta al tratamiento (Garber y Weersing, 2010). Así mismo, la situación sanitaria generada por la COVID-19 ha generado cambios importantes y repentinos en distintos aspectos de la vida de los jóvenes. Diversos estudios han puesto de relieve que la pandemia está afectando significativamente a la salud emocional de la población, especialmente la infanto-juvenil. Por ejemplo, en una investigación con adolescentes españoles, Sandín et al. (2021) encontraron una importante asociación entre los miedos relacionados con el coronavirus y los síntomas de ansiedad.

Tradicionalmente, los trastornos de ansiedad y depresión se han abordado utilizando protocolos de tratamiento dirigidos a trastornos específicos y, de hecho, algunos de estos programas se han mostrado eficaces abordando patologías concretas, especialmente en relación con los trastornos de ansiedad (Nathan y Gorman, 2015).

No obstante, los tratamientos dirigidos a trastornos específicos presentan limitaciones muy importantes en la etapa infanto-juvenil, en la que la comorbilidad es la norma más que la excepción. Por otro lado, un porcentaje importante de niños y adolescentes con problemas de ansiedad y/o depresión parecen no responder adecuadamente al tratamiento psicológico. Según un metaanálisis reciente, la psicoterapia en jóvenes que presentan un trastorno depresivo parece tener un efecto modesto (Eckshtain et al., 2020).

La terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica (TCC-T) podría contribuir a resolver las limitaciones asociadas a los protocolos de tratamiento orientados a trastornos específicos (García-Escalera et al., 2016; para una presentación comprensiva sobre el enfoque transdiagnóstico, véase Sandín et al., 2012). La TCC-T se centra en abordar los factores de riesgo y de mantenimiento compartidos por un grupo de trastornos. Para los trastornos de ansiedad y depresión se ha sugerido varios factores de tipo transdiagnóstico, entre los que se incluyen la sensibilidad a la ansiedad, la intolerancia a la incertidumbre, la baja regulación emocional o la evitación como estrategia de afrontamiento (Sandín, Chorot et al., 2020).

Uno de los protocolos más consolidados dentro del enfoque transdiagnóstico es el Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales adolescentes (Ehrenreich-May et al., 2020, 2022). Distintos estudios realizados en E.E.U.U. por los autores del protocolo han proporcionado evidencia sobre la eficacia del UP-A para el tratamiento de la ansiedad y la depresión en muestra adolescente (Ehrenreich-May et al., 2009, 2017; Queen et al., 2014; Sherman y Ehrenreich-May, 2020). Nuestro grupo de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) también ha reportado evidencia preliminar sobre la eficacia de este protocolo aplicado en formato de grupo en el caso de adolescentes que presentan niveles elevados de ansiedad y depresión (García-Escalera et al., 2020).

El UP-A se ha administrado fundamentalmente cara-a-cara, en el formato presencial e individual descrito por los autores del protocolo en los manuales (Ehrenreich-May et al., 2020, 2022). No obstante, nuestro grupo ha desarrollado recientemente una versión del UP-A para ser autoadministrada a través de internet (iUP-A) mediante la plataforma web Aprende a Manejar tus Emociones (AMtE; Sandín et al., 2019). Datos preliminares sobre la eficacia del iUP-A para el tratamiento de los trastornos emocionales en adolescentes han sido reportados por Sandín, García-Escalera et al. (2020) y Schmitt et al. (2022). Este tipo de intervención basada en internet es de forma autoaplicada e implica el uso de una aplicación (plataforma) web que dispensa el tratamiento de forma programada.

Otra forma de terapia que se apoya en internet es la denominada teleterapia, una forma de terapia que ha cobrado una especial importancia a partir de la pandemia de la COVID-19. Esta forma de tratamiento se lleva a cabo siguiendo un proceso similar al de la terapia cara-a-cara, si bien la interacción se produce por vía telemática. Esta modalidad de intervención que se aplica a través de internet puede ser de gran utilidad clínica para facilitar el acceso a la terapia basada en la evidencia. Sin embargo, que nosotros sepamos, hasta estos momentos no se ha publicado ningún estudio sobre la eficacia del UP-A aplicado en formato de teleterapia (tUP-A), es decir, a través de videollamada.

El objetivo de este estudio fue proporcionar evidencia preliminar sobre la eficacia del UP-A aplicado de forma telemática (a través de videollamada) en el caso de adolescentes con trastornos de ansiedad y depresivos. Esperamos que los síntomas ansioso-depresivos de los adolescentes mejoren de forma marcada tras la intervención, y que esta mejoría se mantenga en el seguimiento a 3 y 6 meses, teniendo en cuenta el punto de vista de distintos informantes (padres, adolescentes y terapeutas).

Método

Procedimiento

El Departamento de Orientación del instituto participante se encargó de informar a las familias sobre el programa y de recabar los consentimientos informados. Una vez recibidas las autorizaciones, los terapeutas realizaron una primera llamada con uno de los padres (o tutor legal) para evaluar los criterios de inclusión y de exclusión. Posteriormente, se enviaron a las familias los cuestionarios de cribado para ser cumplimentados de forma online a través de la plataforma Qualtrics (para más información sobre el proceso de cribado, véase Sandín et al., 2021). Los adolescentes que reportaron síntomas de ansiedad y/o depresión en dichos cuestionarios de cribado fueron invitados a realizar una sesión de evaluación. La sesión de evaluación se realizó por videollamada y tuvo una duración de entre 90 y 120 minutos (la mayor parte de la entrevista se realizó con el adolescente, y unos 30 minutos se dedicaron en exclusiva al padre, la madre o el tutor legal). Antes y después del tratamiento, así como durante el seguimiento a 3 y 6 meses, los adolescentes cumplimentaron una serie de cuestionarios de autoinforme a través de la plataforma Qualtrics. Así mismo, durante el seguimiento a los 3 y 6 meses se realizaron llamadas telefónicas con el adolescente y el progenitor implicado en el tratamiento con una duración aproximada de una hora, en las que se evaluó la gravedad de los problemas principales y la ocurrencia de sucesos estresantes en el adolescente y/o la familia en los 3 meses previos.

Participantes

El reclutamiento se realizó en colaboración con el Departamento de Orientación de un instituto público de educación secundaria perteneciente a una zona rural de Castilla-La Mancha (España). Los criterios de inclusión para la participación de los adolescentes fueron los siguientes: (a) tener entre 12 y 18 años; (b) cumplir los criterios para el diagnóstico de uno o más trastornos de ansiedad y/o del estado de ánimo; (c) tener acceso a internet y poder utilizar un ordenador o tableta en el domicilio habitual; (d) firmar el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: (a) haber sido diagnosticado con una psicopatología grave como algún trastorno psicótico, trastorno bipolar o trastorno depresivo grave, discapacidad intelectual, retraso grave del aprendizaje, trastorno del espectro autista o dependencia de sustancias, o una enfermedad incompatible con la participación en el programa; (b) estar en riesgo moderado o grave de suicidio; (c) estar recibiendo actualmente tratamiento psicológico; (d) haber cambiado la dosis de la medicación para el tratamiento de un problema psicológico o psiquiátrico en los últimos 3 meses; o (e) no haber dado su consentimiento informado.

Participante 1. El primer participante era una mujer de 18 años que cumplía con los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada con una gravedad clínica asociada de 5 (Clinician Severity Rating, CSR). Además, presentaba los siguientes diagnósticos secundarios: trastorno depresivo mayor (CSR = 4), trastorno de pánico (CSR = 5), trastorno de estrés postraumático (CSR = 4) y fobia específica a la oscuridad (CSR = 4). La participante 1 refería como principal motivo de consulta altos niveles diarios de ansiedad fisiológica (e.g., sensación de ahogo, opresión en el pecho) y cognitiva (e.g., preocupación excesiva, miedo al fracaso), así como una “baja seguridad en sí misma” (en palabras de la propia adolescente). Además, estaba asustada por un ataque de pánico que había sufrido en la última semana. La adolescente manejaba esta sintomatología utilizando conductas de comprobación y evitación (e.g., revisar las tareas académicas más de tres veces, llamar a su padre para que la recogiese en el instituto cuando sentía ansiedad). La adolescente también refería haber experimentado síntomas depresivos en el último año, en concreto, desesperanza sobre la posibilidad de que su estado de ánimo mejorase, dificultad para disfrutar de

sus aficiones, amigos, alteraciones del sueño, etc. Por último, la participante presentaba un déficit en la utilización de estrategias de autoprotección y habilidades asertivas, así como síntomas de estrés postraumático derivados, según indicó la paciente, de la observación de una situación de violencia de género que había experimentado una persona cercana recientemente. Estableció como problemas principales los siguientes: (1) crítica excesiva en el plano académico, (2) ataques de ansiedad en clase, y (3) no saber manejar la tristeza.

Participante 2. El segundo participante era un hombre de 17 años con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y una calificación de gravedad clínica (CSR) de 6. La queja principal del adolescente en el momento de la evaluación era la aparición recurrente de pensamientos intrusos obsesivos, tales como “¿y si soy transexual y no me he dado cuenta?” o “¿y si en realidad quiero suicidarme?”. El participante 2 informó que ponía en marcha conductas de comprobación, evitación y reaseguración (reassurance) en respuesta a estos pensamientos (e.g., buscar información sobre la transexualidad en internet para ver si él se ajustaba a este perfil, preguntar constantemente a su madre si pensaba que podía ser transexual, o si creía que podía llegar a suicidarse). El participante 2 explicaba que se sentía “agotado” ante estos pensamientos, que le “ocupaban mucho espacio mental” y que le impedían concentrarse y relajarse. Además, el adolescente refirió experimentar síntomas depresivos, tales como tristeza, desesperanza y una elevada apatía. Finalmente, el participante estaba preocupado por las sensaciones físicas asociadas a la ansiedad y, especialmente, por la sensación de mareo o inestabilidad, que interpretaba como una señal de peligro. En respuesta a esta última sensación, el adolescente realizaba diferentes conductas de seguridad como tumbarse o avisar a su madre de que se estaba mareando. La madre del participante confirmó la angustia y el malestar que sufría su hijo respecto a los síntomas obsesivo-compulsivos y las sensaciones físicas de mareo. El adolescente estableció como problemas principales los siguientes: (1) tener preocupaciones que me impiden hacer muchas cosas y disfrutar y (2) ver el lado negativo de las cosas, no disfrutar.

Participante 3. El tercer participante era una mujer de 16 años que, en la entrevista semiestructurada, cumplió con los criterios diagnósticos de fobia social (CSR = 6).

La adolescente manifestaba experimentar una elevada ansiedad al hacer presentaciones delante de sus compañeros de clase y le molestaba especialmente tartamudear y temblar en estas situaciones. Esto le suponía un problema pues afectaba a sus calificaciones académicas, siendo el ámbito escolar muy importante para la adolescente y su familia. Dos días antes de la entrevista, en un examen, su ansiedad relacionada con lo académico “llegó a su punto máximo” y acabó vomitando tras experimentar pensamientos del tipo “no puedo, no puedo”. Además, la adolescente manifestó experimentar ansiedad en relación con las extracciones de sangre (por el miedo a las agujas) y con los perros, pero podía tolerar estos estímulos sin presentar conductas de evitación ni experimentar un elevado malestar. En la entrevista se pusieron de manifiesto algunas dificultades en la relación materno-filial. En concreto, la participante comentó que discutía con frecuencia con su madre, y la madre expresó su insatisfacción por la falta de comunicación de su hija hacia ella. Durante la entrevista, la madre mostró dificultades para empatizar con las dificultades de la adolescente y algunos datos indicaron que la madre podría presentar un estilo de crianza caracterizado por la crítica excesiva. La adolescente estableció como problemas principales los siguientes: (1) tener muchos nervios en los exámenes, (2) tener muchos nervios a la hora de hacer exposiciones y comentar en clase, y (3) dificultad para “abrirse a la gente”.

Instrumentos

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para niños y adolescentes (MINI-KID; Sheehan et al., 1998; versión española de Colón-Soto et al., 2005). La MINI-KID es una entrevista diagnóstica estructurada dirigida a niños y adolescentes de 6 a 17 años. La entrevista permite establecer los diagnósticos de los trastornos mentales siguiendo los criterios del DSM-IV-TR. No obstante, estos criterios, referidos a los trastornos de ansiedad y depresivos, son similares a los descritos en el DSM-5.

Estimación de la Gravedad por el Clínico (Clinician Severity Rating, CSR; Silverman et al., 2001). Consiste en una escala de 9 puntos (0 = “Nada”, 8 = “Perturbación muy grave/Incapacitación”) que se aplica al final de la entrevista clínica para determinar el nivel de gravedad del caso. Un valor de 4 o más indica niveles clínicos de gravedad o

deterioro (Silverman et al., 2001). En este estudio se asignó una puntuación en CSR cuando el problema alcanzaba un nivel clínico (cumplía los criterios diagnósticos para un trastorno emocional).

Escala de Impresión Clínica Global-Gravedad (CGI-S; Guy, 1976). La CGI-S consta de un único ítem (“¿Cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?”) asociado a escala Likert de 7 puntos (1 = “Normal, no enfermo”, 7 = “Extremadamente enfermo”).

Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS-30; Sandín et al., 2010). La RCADS-30 es un instrumento de autoinforme que evalúa síntomas de ansiedad y depresión, y síntomas obsesivo-compulsivos. La escala consta de 30 ítems que se responden en una escala Likert que va de 0 (“Nunca”) a 3 (“Siempre”). Es un cuestionario formado por las seis subescalas siguientes (compuesta cada una por cinco ítems): (1) fobia social, (2) trastorno de ansiedad generalizada, (3) trastorno de pánico, (4) trastorno de ansiedad de separación, (5) trastorno obsesivo-compulsivo, y (6) trastorno depresivo mayor. Para obtener una medida específica de los síntomas de los trastornos de ansiedad (RCADS-30-Ansiedad), se sumaron las puntuaciones de todas las escalas salvo la subescala de trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno depresivo mayor.

Evaluación de los Problemas Principales (Youth Top Problems; Weisz et al., 2011). Al comienzo de cada sesión semanal, se pidió a los participantes y a sus padres que calificaran la gravedad de los tres problemas principales del adolescente que más le preocuparan, y que podían ser objeto del programa en una escala de 0 a 10 (las puntuaciones más altas indicaban una mayor gravedad del problema).

Intervención

La intervención consistió en la administración de la versión en español del protocolo UP-A (Ehrenreich-May et al., 2020, 2022) en formato telemático (tUP-A). Las sesiones fueron individuales, con una frecuencia semanal y de una hora de duración. El número de sesiones quedó sujeto a las necesidades de cada caso particular y fue deci-

dido por el terapeuta, realizándose como mínimo 11 sesiones. Las sesiones tuvieron lugar a través de la plataforma de videollamada de Microsoft Teams. La intervención fue llevada a cabo por tres de las autoras del estudio (VE, JGE y SA). Todas las sesiones siguieron la siguiente estructura general (véase la Tabla 1 para una descripción de los contenidos de los módulos): (1) valoración de la gravedad de los problemas principales, (2) revisión de las tareas para casa, (3) abordaje de los contenidos y estrategias terapéu-

Tabla 1.

Descripción general de los módulos del UP-A

Módulo	Nº sesiones recomendadas	Contenido
Módulo 1: Fomentando la motivación	1 o 2	Obtener sus problemas principales, puntuaciones de gravedad y establecer metas. Descubrir qué motiva al adolescente a cambiar.
Módulo 2: Comprender tus emociones y comportamientos	2 o 3	Psicoeducación sobre las emociones y su función. Explicar cuáles son las tres partes de las emociones. Explicar qué es el ciclo de la evitación y otros comportamientos emocionales.
Módulo 3: Introducción a los experimentos conductuales centrados en las emociones	1 o 2	Explicar los conceptos de “acción opuesta” y experimentos conductuales centrados en las emociones. Involucrar al adolescente en experimentos conductuales centrados en la emoción de tristeza (y, potencialmente, en otras emociones).
Módulo 4: Tomar conciencia de las sensaciones físicas	1 o 2	Desarrollar la conciencia del adolescente sobre sus propias sensaciones físicas y su relación con las emociones fuertes. Realizar ejercicios de exposición a las sensaciones físicas para tolerar las sensaciones físicas desagradables.
Módulo 5: Ser más flexible en tu forma de pensar	2 o 3	Aprender sobre las “trampas de pensamiento” más comunes (i.e., distorsiones cognitivas). Aprendizaje de las habilidades de pensar como un detective y resolución de problemas.
Módulo 6: Tomar conciencia de las experiencias emocionales	1 o 2	Explicar y practicar la “conciencia centrada en el momento presente” y la “conciencia sin juzgar”. Practicar las estrategias de atención plena cuando se vea expuesto a desencadenantes emocionales.
Módulo 7: Exposición a las situaciones emocionales	2 o más	Repasar las habilidades aprendidas y comentar los fundamentos de las exposiciones a situaciones emocionales. Realizar exposiciones a situaciones emocionales durante la sesión y asignar exposiciones adicionales para casa.
Módulo 8: Revisar los logros y mirar al futuro	1	Revisar las habilidades aprendidas. Crear un plan de prevención de recaídas.

Nota. Tomado de Ehrenreich et al. (2022, pp. 30–32).

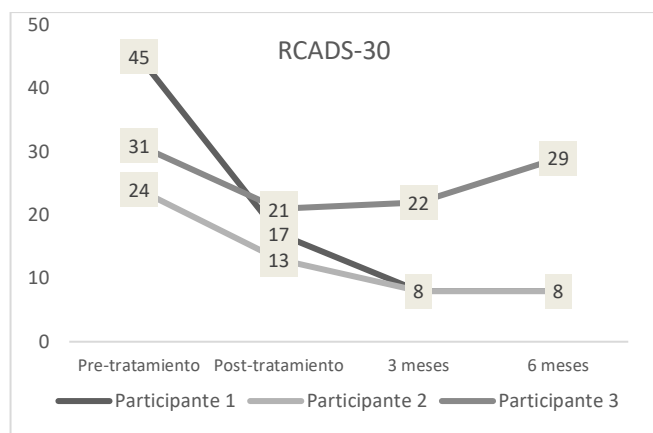
ticas del UP-A y cumplimentación de hojas de trabajo y formularios utilizando la función “compartir pantalla”, y (4) asignación de tareas para casa (y envío de dichas tareas en PDF por correo electrónico). Así mismo, las terapeutas dedicaron los últimos 10-15 minutos de cada sesión para abordar con los padres distintos aspectos: (a) valoración de gravedad de los problemas principales, (b) psicoeducación sobre las estrategias aprendidas por parte del adolescente y (c) pautas sobre cómo contribuir a la mejora de su hijo/a. A los padres se les envió por correo electrónico semanal el “resumen para padres”, el cual incluía una síntesis de los contenidos correspondientes a cada módulo (Ehrenreich-May et al., 2022).

Resultados

A lo largo de los distintos momentos de evaluación, en los tres participantes se observó una reducción notoria de los niveles globales de ansiedad y depresión evaluados a partir de la puntuación total en el cuestionario RCADS-30 (Figura 1).

Figura 1

Cambios en las puntuaciones de la RCADS-30 (puntuación total) en función de las diferentes condiciones temporales. RCADS-30 = Revised Child Anxiety and Depression Scale



Así mismo, se constató que las puntuaciones en los síntomas específicos de los trastornos de ansiedad y del trastorno depresivo mayor se situaron por debajo de los puntos

de corte (Piqueras et al., 2017) de síntomas probablemente clínicos en las condiciones de post-tratamiento y seguimiento (véanse las Figuras 2-4).

Figura 2

Cambios en las puntuaciones de la RCADS-TA en función de las diferentes condiciones temporales. La variable RCADS-TA incluye las puntuaciones en fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, y trastorno de ansiedad de separación

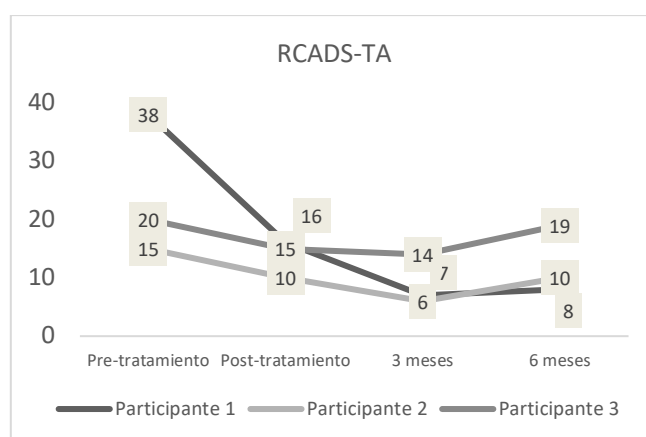


Figura 3

Cambios en las puntuaciones de la RCADS-TDM (subescala de síntomas del trastorno depresivo mayor) en función de las diferentes condiciones temporales

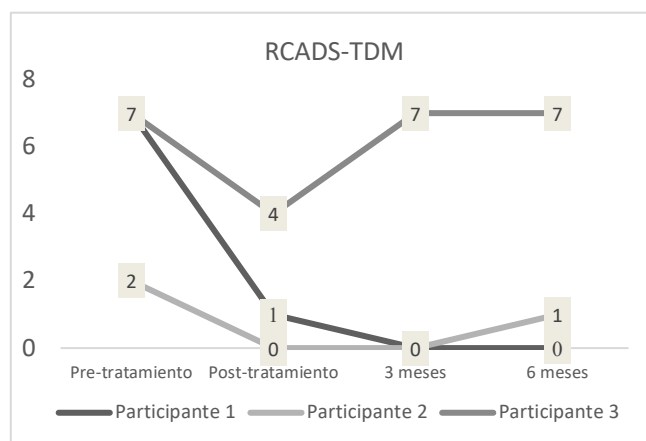
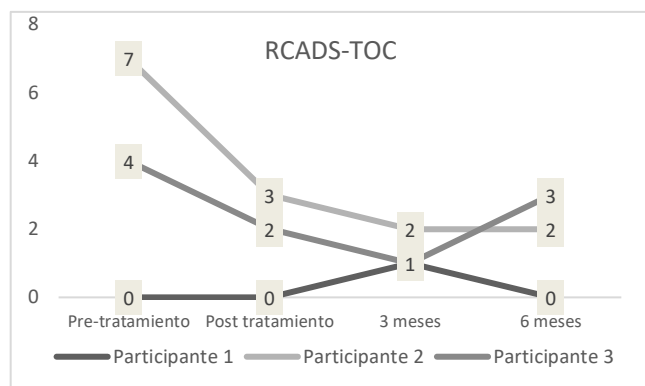


Figura 4

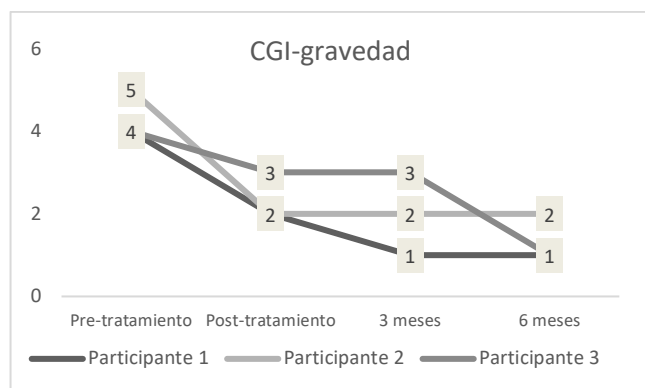
Cambios en las puntuaciones de la RCADS-TOC (subescala de síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo) en función de las diferentes condiciones temporales



Respecto al índice de gravedad clínica (CSR) (Figura 5), la puntuación de los tres adolescentes mejoró tres puntos en el seguimiento a 6 meses respecto a la evaluación inicial (sobre una escala de 7).

Figura 5

Cambios en las puntuaciones de la CGI-gravedad en función de las diferentes condiciones temporales. CGI = Clinical Global Impression



A continuación, se incluye una valoración cualitativa de la evolución de cada participante (incluyendo los resultados asociados con los problemas principales).

Participante 1. La participante realizó un total de 11 sesiones semanales (la madre o el padre se involucraron de forma alterna en 9 de estas sesiones). Al finalizar la intervención, la participante no cumplía con los criterios diagnósticos para ninguno de los 5 diagnósticos asignados al inicio de la intervención. La gravedad de los problemas principales de la adolescente (Figuras 6 y 7) se redujo de forma muy marcada desde un valor de 8 a uno de 0,3 (en una escala de 0-10), es decir, prácticamente habían remitido por completo. Además, los síntomas de ansiedad y depresión (tanto los síntomas globales como los síntomas específicos) continuaron reduciéndose en los seguimientos a 3 y 6 meses.

Participante 2. El participante realizó un total de 13 sesiones semanales (la madre participó en 12 sesiones). En el post-tratamiento, el adolescente 2 no cumplía con los criterios diagnósticos del trastorno obsesivo-compulsivo y no se encontraba tan angustiado ante las sensaciones físicas de mareo o inestabilidad. Así mismo, el estado de ánimo del participante mejoró después del tratamiento y esta mejoría se mantuvo en el seguimiento a los 3 y 6 meses. La gravedad de los problemas principales establecidos por el adolescente y por su madre también disminuyó progresivamente lo largo del tratamiento y en el seguimiento a 3 y 6 meses (Figuras 6 y 7).

Figura 6

Cambios en las puntuaciones de los problemas principales estimados por los adolescentes en función de las diferentes condiciones temporales

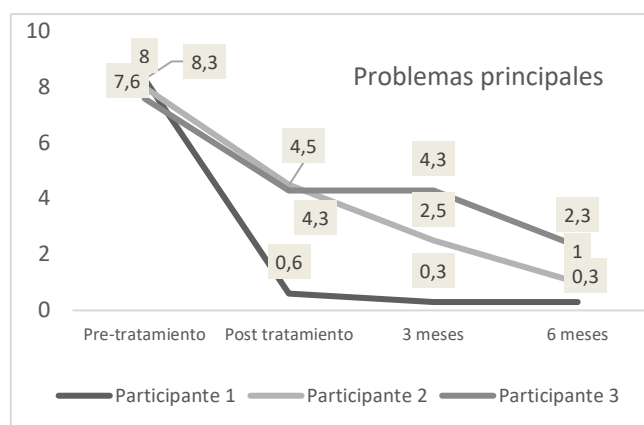
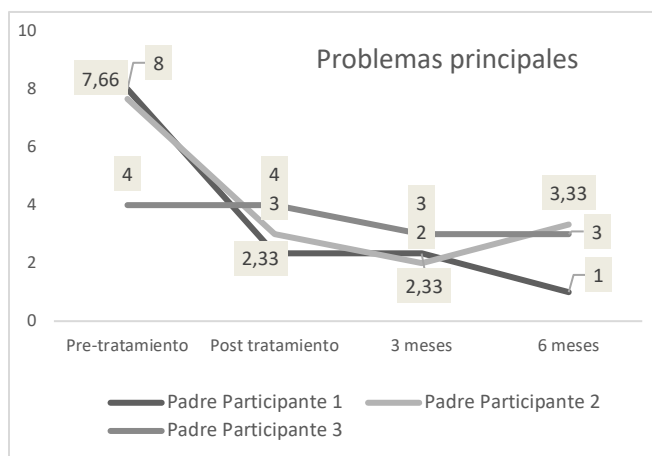


Figura 7

Cambios en las puntuaciones de los problemas principales estimados por los padres en función de las diferentes condiciones temporales.



Participante 3. La adolescente realizó un total de 13 sesiones semanales (la madre participó en 9 de estas sesiones). Durante las sesiones con la madre se trabajó en la adquisición de comportamientos de crianza alternativos al estilo de crianza caracterizado por la crítica excesiva, incluyendo la expresión de empatía y la utilización del refuerzo positivo. Aunque la madre hizo algunos progresos en ese sentido, al finalizar el tratamiento todavía quedaba un amplio espacio para la mejoría. En la evaluación post-tratamiento, la adolescente ya no cumplía los criterios diagnósticos de la fobia social. La mejoría observada en la entrevista es congruente con la reducción en la gravedad de los problemas principales, que fue reduciéndose cada vez más en los distintos momentos de evaluación, especialmente según la opinión de la adolescente (Figuras 6 y 7). Sin embargo, hubo un empeoramiento de los síntomas ansioso-depresivos en el seguimiento a 6 meses. Cabe mencionar que este seguimiento coincidió con que la adolescente recibió la noticia de un suspenso académico y, además, manifestó experimentar dificultades para adaptarse a su nuevo lugar de residencia.

Discusión

Este estudio es pionero en proporcionar datos preliminares sobre la eficacia del protocolo UP-A administrado de forma telemática (tUP-A). Se aportan datos relativos a tres adolescentes diagnosticados con diversos trastornos emocionales, que participaron en sesiones de terapia individual por videollamada en el contexto de la actual pandemia de la COVID-19. Los resultados obtenidos muestran una importante mejoría en la sintomatología emocional de los adolescentes a nivel cuantitativo y cualitativo. Específicamente, la entrevista clínica aplicada tras la intervención mostró que los adolescentes ya no cumplían los criterios diagnósticos para ningún trastorno emocional. Además, la gravedad global desde el punto de vista del terapeuta (índice CGI-S) también se redujo en los tres casos en los distintos momentos de evaluación. Así mismo, los síntomas ansioso-depresivos autoinformados disminuyeron de forma importante y, de hecho, en todos los momentos de la evaluación post-tratamiento estos valores estuvieron por debajo de los puntos de corte que señalan la naturaleza probablemente clínica de los mismos (Piqueras, 2017), a excepción de los valores de los síntomas depresivos del participante 3 en el seguimiento. Otro resultado especialmente relevante fue que la gravedad de los problemas delimitados por los participantes como foco del tratamiento (y que suelen corresponder con la demanda de tratamiento) se redujeron de forma notoria a lo largo de los distintos momentos de evaluación, tanto desde el punto de vista de los propios adolescentes como desde el punto de vista de los padres (aunque fue más notable en el caso de los adolescentes).

No obstante, los síntomas ansioso-depresivos del participante 3 empeoraron durante el seguimiento y la madre del participante no observó mejoría en la gravedad de los problemas principales del adolescente en el post-tratamiento (aunque sí informó de una mejoría en los periodos de seguimiento). Si bien la evaluación a los 6 meses de este participante coincidió con un evento estresor que podría explicar el empeoramiento de la sintomatología ansioso-depresiva en este momento de evaluación, la mejoría más modesta de este participante es consistente con otros estudios que han señalado al diagnóstico de fobia social y a la falta de cambios en el estilo parental basado en

la crítica excesiva y exigencia, como factores que predicen el déficit de respuesta al tratamiento (Weisz et al., 2006).

Por otro lado, a pesar de que el participante 1 presentaba un elevado número de diagnósticos en el pre-tratamiento (trastorno de ansiedad, trastorno depresivo mayor, trastorno de pánico, trastorno de estrés post-traumático y fobia específica a la oscuridad) su sintomatología mejoró tras la intervención, lo cual es consistente con los resultados de otros estudios que señalan que el UP-A es eficaz abordando, con un único protocolo de tratamiento, casos que presentan una elevada comorbilidad (Queen et al., 2014). Asimismo, los resultados del presente estudio apoyan los datos de otras investigaciones en relación con la efectividad del UP-A en el abordaje de los síntomas obsesivo-compulsivos (Shaw et al., 2020). En concreto, los participantes 2 y 3 vieron reducida su sintomatología obsesivo-compulsiva tras el tratamiento y el participante 2 dejó de cumplir con los criterios diagnósticos para un diagnóstico de TOC en el post-tratamiento. Por otro lado, se observó también una reducción de las conductas de evitación en relación con los síntomas de ansiedad social que presentaban los participantes 1 y 3, quienes también presentaban síntomas depresivos en el rango clínico (Piqueras, 2017). Como se mencionó anteriormente, la presencia conjunta de síntomas de ansiedad social junto con síntomas depresivos es una comorbilidad muy frecuente en la práctica clínica (Sherman y Ehrenreich-May, 2020), por lo que es muy interesante disponer de tratamientos que aborden eficazmente ambas patologías al mismo tiempo. Aunque de manera muy preliminar, los resultados de este estudio parecen apoyar que una intervención que aborda los procesos compartidos que contribuyen causalmente al desarrollo y/o mantenimiento de los síntomas, como el UP-A, puede ser especialmente adecuada para estos individuos que presentan síntomas mixtos de varios trastornos (Sandín et al., 2012).

Los resultados del presente estudio deben ser tenidos en cuenta con cautela debido a las limitaciones intrínsecas que tiene un estudio de casos que incluye únicamente tres participantes. Además, los tres adolescentes tenían entre 16 y 18 años por lo que las edades más tempranas de la adolescencia no están representadas en la muestra. Otra importante limitación sería la inexistencia de un grupo control que permita descartar que la mejoría se debe al

paso del tiempo, así como el hecho de que, por razones logísticas, la entrevista estructurada no se administró en las evaluaciones de seguimiento. Por último, algunas de las limitaciones potenciales del estudio tienen que ver con las propias características de las intervenciones online, incluyendo la necesidad de que los clientes o pacientes dispongan de acceso a internet y de ordenador personal o las dificultades asociadas a conseguir privacidad durante las sesiones y un adecuado espacio terapéutico.

No obstante, este estudio también presenta importantes fortalezas. En primer lugar, el reclutamiento de los participantes se hizo en el contexto escolar, lo que supone utilizar un entorno naturalístico presente en el día a día de los jóvenes y sus familias, lo que reduce la estigmatización y contribuye a que los centros educativos detecten los síntomas interiorizados del alumnado, potenciando un modelo de escuela que integra el aspecto académico y el socio-emocional (Cefai y Cavioni, 2015). Así mismo, el hecho de que los participantes residan en una zona rural es especialmente relevante. Las intervenciones telemáticas podrían contribuir a minimizar la dificultad que tienen las poblaciones rurales para acceder a los servicios de salud mental debido a la baja disponibilidad de psiquiatras y psicólogos y a las limitaciones en el transporte sanitario (España y Ministerios de Sanidad y Política Social, 2011). Otras de las bondades del estudio es que, con el objetivo de maximizar la objetividad de los resultados, se incluyeron datos relativos a tres tipos de informantes (padres, adolescentes y terapeutas). Además, las entrevistas post-tratamiento fueron realizadas por un terapeuta diferente al que realizó el tratamiento (y la intervención de cada participante estuvo asociada a un terapeuta diferente). Por último, los participantes de este estudio realizaron entre 11 y 13 sesiones del UP-A, mientras que la media de sesiones en otras investigaciones está en 16 (Ehrenreich-May et al., 2022).

Agradecimientos

Esta investigación fue financiada por el Ministerio de Ciencia e Innovación del Gobierno de España, de la Agencia Estatal de Investigación, en el marco del Programa Estatal I+D+i, a través del proyecto Ref. PID2020-117634GB-I00.

Referencias

- Cefai, C. y Cavioni, V. (2015). Beyond PISA: Schools as Contexts for the Promotion of Children's Mental Health and Well-being. *Contemporary School Psychology*, 19(4), 233–242. <https://doi.org/10.1007/s40688-015-0065-7>
- Colón-Soto, M., Díaz, V., Soto, O. y Santana, C. (2005). *Mini International Neuropsychiatric Interview para Niños y Adolescentes (MINI-KID) Versión en español [Mini-International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID) Spanish version]*. Medical Outcome Systems.
- Eckstain, D., Kuppens, S., Ugueto, A., Ng, M. Y., Vaughn-Coaxum, R., Corteselli, K. y Weisz, J. R. (2020). Meta-analysis: 13-year follow-up of psychotherapy effects on youth depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(1), 45–63. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.04.002>
- Ehrenreich, J. T., Goldstein, C. R., Wright, L. R. y Barlow, D. H. (2009). Development of a Unified Protocol for the Treatment of Emotional Disorders in Youth. *Child & Family Behavior Therapy*, 31(1), 20–37. <https://doi.org/10.1080/07317100802701228>
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bilek, E. L., Buzzella, B. A., Bennett, S. M. y Barlow, D. H. (2020). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes: Manual del paciente*. (Trad. y adap. B. Sandín y J. García-Escalera). Pirámide
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bilek, E. L., Buzzella, B. A., Shannon, M. B. y Barlow, D. H. (2022). *Protocolos unificados para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en niños y adolescentes: Manual del terapeuta* (Trad. y adap. B. Sandín y J. García-Escalera). Pirámide
- Ehrenreich-May, J., Rosenfield, D., Queen, A. H., Kennedy, S. M., Remmes, C. S. y Barlow, D. H. (2017). An Initial Waitlist-Controlled Trial of the Unified Protocol for the Treatment of Emotional Disorders in Adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 46, 46–55. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.006>
- España y Ministerio de Sanidad y Política Social. (2011). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental grave: pautas de intervención en el domicilio y programas para contextos rurales [Psychosocial Rehabilitation of People with Severe Mental Disorders: Home-based Intervention Guidelines and Programs for Rural Contexts]*. https://fscim.com/web/images/documentos/publicaciones_propias/Intervencionencontextosrurales.pdf
- Garber, J. y Weersing, V.R. (2010). Comorbidity of Anxiety and Depression in Youth: Implications for Treatment and Prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 293–306. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01221.x>
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M. y Sandín, B. (2016). Efficacy of Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Adults, Children, and Adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 147–175. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17811>
- García-Escalera, J., Valiente, R. M., Sandín, B., Ehrenreich-May, J., Prieto, A. y Chorot, P. (2020). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (UP-A) Adapted as a School-Based Anxiety and Depression Prevention Program: An Initial Cluster Randomized Wait-list-Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 51(3), 461–473. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.08.003>

- Guy, W. (1976). *Clinical Global Impressions, ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised* (DHEW Publ. No. ADM 76-338). National Institute of Mental Health, Rockville, 218–222
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (Eds.). (2015). *A Guide to Treatments that Work*. Oxford University Press.
- Pape, K., Bjørngaard, J. H., Holmen, T. L. y Krokstad, S. (2012). The Welfare Burden of Adolescent Anxiety and Depression: A Prospective Study of 7500 young Norwegians and their families: the HUNT study. *BMJ Open*, 2(6), Artículo e001942. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001942>
- Piqueras, J. A., Pineda, D., Martín-Vivar, M. y Sandín, B. (2017). Confirmatory Factor Analysis and Psychometric Properties of the Revised Child Anxiety and Depression Scale– 30 (RCADS-30) in Clinical and Non-Clinical Samples. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(3), 183–196. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.19332>
- Queen, A. H., Barlow, D. H. y Ehrenreich-May, J. (2014). The Trajectories of Adolescent Anxiety and Depressive Symptoms over the Course of a Transdiagnostic Treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 511–521. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.05.007>
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica [Transdiagnostic: A New Frontier in Clinical Psychology]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185–203. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. M. (2018). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes [Anxiety Disorders in Children and Adolescents]. En J. C. Arango-Lasprilla, I. Romero, N. Hewitt-Ramírez, y W. Rodríguez (Eds.), *Trastornos Psicológicos y Neuropsicológicos en la Infancia y la Adolescencia* (pp. 119–161). Manual Moderno.
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. M. (2020). Psicopatología de la ansiedad y trastornos de ansiedad: Hacia un enfoque transdiagnóstico [Psychopathology of Anxiety and the Anxiety Disorders: Towards a Transdiagnostic Approach]. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología, Vol. 1* (3ª ed., pp. 3–34). McGraw-Hill.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Chorpita, B. F. (2010). Development of a 30-item Version of the Revised Child Anxiety and Depression scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(3), 165–178. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.3.2010.4095>
- Sandín, B., Espinosa, V., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Schmitt, J. C., Arnáez, S. y Chorot, P. (2021). Effects of Coronavirus Fears on Anxiety and Depressive Disorder Symptoms in Clinical and Subclinical Adolescents: The Role of Negative Affect, Intolerance of Uncertainty, and Emotion Regulation Strategies. *Frontiers in Psychology*, 3294. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.716528>
- Sandín, B., García-Escalera, J., Valiente, R. M., Espinosa, V. y Chorot, P. (2020). Clinical utility of an internet-delivered version of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (iUP-A): A Pilot Open Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), Artículo 8306. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228306>
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Pineda, D., Espinosa, V., Magaz, A. M., y Chorot, P. (2019). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes a través de internet (iUP-A): aplicación web y protocolo de un ensayo controlado aleatorizado [Internet-Delivered

- Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (iUP-A): Web Application and Study Protocol for a Randomized Controlled Trial]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 197–215. <https://doi.org/10.5944/rppc.26460>
- Schmitt, J. C., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Arnáez, S., Espinosa, V., Sandín, B. y Chorot, P. (2022). Prevention of Depression and Anxiety in Subclinical Adolescents: Effects of a Transdiagnostic Internet-Delivered CBT Program. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), Artículo 5365. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095365>
- Shaw, A. M., Halliday, E. R. y Ehrenreich-May, J. (2020). The Effect of Transdiagnostic Emotion-Focused Treatment on Obsessive-Compulsive Symptoms in Children and Adolescents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 26, Artículo 100552. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100552>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baket, R. y Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22–33.
- Sherman, J. A. y Ehrenreich-May, J. (2020). Changes in Risk Factors during the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents. *Behavior Therapy*, 51(6), 869–881. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.12.002>
- Silverman, W. K., Albano, A. M. y Sandín, B. (2001). *Entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad en niños. ADIS-IV-C: entrevista para el niño [ADIS-IV-C: Children Interview Schedule]*. UNED-Klinik.
- Weersing, V.R., Gonzalez, A., Campo, J. V. y Lucas, A. N. (2008). Brief Behavioral Therapy for Pediatric Anxiety and Depression: Piloting an Integrated Treatment Approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(2), 126–139. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2007.10.001>
- Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Frye, A., Ng, M.Y., Lau, N., Bearman, S. K., Ugueto, A. M., Langer, D. A. y Hoagwood, K. E. (2011). Youth Top Problems: using Idiographic, Consumer-Guided Assessment to Identify Treatment Needs and to Track Change During Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 369–380. <https://doi.org/10.1037/a0023307>
- Weisz, J. R., McCarty, C. A. y Valeri, S. M. (2006). Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: A Meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132(1), 132–149. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.132>

THE UNIFIED PROTOCOL FOR THE TRANSDIAGNOSTIC TREATMENT OF EMOTIONAL DISORDERS IN CHILDREN (UP-C): A CASE STUDY

EL PROTOCOLO UNIFICADO PARA EL TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES EN NIÑOS (UP-C): ESTUDIO DE CASO

ANA GÓIS¹, BRÍGIDA CAIADO¹, BÁRBARA PEREIRA¹,
DIANA SANTOS¹, MARIA CRISTINA CANAVARRO¹, AND
HELENA MOREIRA¹

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Góis, A., Caiado, B., Pereira, B., Santos, D., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2022). The Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children (UP-C): A Case Study [El Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales en Niños (UP-C): Estudio de Caso]. *Acción Psicológica*, 19(2), 163–174. <https://doi.org/10.5944/ap.19.2.36983>

Abstract

This case study aims to describe the application of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment in Children (UP-C) to an 8-year-old female child (B.) with comorbid anxiety disorders (e.g., separation anxiety; specific phobia (dogs); agoraphobia; social anxiety). The UP-C is a transdiagnostic cognitive-behavioral approach for children and parents that aims to reduce the frequency

and severity of aversive emotional experiences through the development of more adaptive emotion regulation strategies. After 15 group treatment sessions, B. demonstrated significant reductions in anxiety symptomatology as well as functional improvements. This case illustrates the clinical utility of the UP-C for children with a range of emotional disorder symptoms.

Keywords: unified protocol; transdiagnostic treatment; children; emotional disorders; case study.

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Helena Moreira, University of Coimbra, Portugal.

Email: hmoreira@fpce.uc.pt

ORCID: Ana Góis (<https://orcid.org/0000-0002-4559-5293>), Brígida Caiado (<https://orcid.org/0000-0002-9845-0696>), Bárbara Pereira (<https://orcid.org/0000-0001-8636-4910>), Diana Santos (<https://orcid.org/0000-0002-3695-3351>), Maria Cristina Canavarro (<https://orcid.org/0000-0002-5083-7322>), & Helena Moreira (<https://orcid.org/0000-0002-1487-0539>).

¹ University of Coimbra, Faculty of Psychology and Education Sciences, Center for Research in Neuropsychology and Cognitive and Behavioral Intervention.

Recibido: 4 de abril de 2022.

Aceptado: 12 de noviembre de 2022.

Resumen

Este estudio de caso pretende ilustrar la aplicación del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico en Niños (UP-C) en una niña de 8 años (B.) con trastornos de ansiedad comórbidos (e.g., ansiedad por separación; fobia específica (perros); agorafobia y ansiedad social). El UP-C es un enfoque cognitivo-conductual transdiagnóstico, para niños y padres, destinado a reducir la frecuencia y la gravedad de las experiencias emocionales aversivas mediante el desarrollo de estrategias de regulación de las emociones más adaptativas. Después de 15 sesiones de tratamiento en grupo, B. mostró reducciones significativas en la sintomatología de ansiedad, así como mejoras en su funcionamiento. Este caso ilustra la utilidad clínica del UP-C para niños con una serie de síntomas de trastornos emocionales.

Palabras clave: Protocolo unificado; transdiagnóstico tratamiento; niños; trastornos emocionales; estudio de caso.

Introducción

The experience of emotional disorders (EDs), such as anxiety and depressive disorders, during childhood is prevalent (Kessler et al., 2005) and is associated with high comorbidity (Brown et al., 2001). EDs can have a significant impact on a child's life and family context (Bittner et al., 2007). When left untreated, these disorders often lead to disturbed emotional states in adulthood (Achenbach et al., 1995; Copeland et al., 2014; Pine et al., 1998).

In recent decades, several clinically efficacious interventions have been developed for the treatment of EDs in children, with cognitive-behavioral therapies (CBT) (Kennedy et al., 2018) presenting higher levels of empirical support. However, most CBT therapeutic protocols are disorder-specific and are not suitable for the simultaneous treatment of comorbid disorders (Lundkvist-Houndoumadi & Thastum, 2017), which may be one of the reasons why the total remission of anxiety symptoms is rare (Kennedy et al., 2018).

To overcome these limitations, a transdiagnostic treatment, the Unified Protocol (UP) or Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders (Barlow et al., 2008), has been designed to address EDs. This treatment is an emotion-focused and evidence-based approach based on principles of CBT, which includes the identification and modification of maladaptive thoughts through exposure and extinction of defensive avoidance mechanisms (Barlow, 2008; Barlow & Craske, 1989). By allowing the use of a single therapeutic protocol for several clinical conditions (Craske et al., 2007), this new approach provides a more cost-effective use of resources than other therapeutic interventions that require intensive training in several manualized interventions (Addis et al., 1999). Furthermore, the UP (Barlow et al., 2008), by placing the therapeutic focus on core processes common across EDs, such as neuroticism, avoidance, rumination, and anxiety sensitivity, provides clinically meaningful results in both principal and comorbid diagnoses (Ellard et al., 2010). The Unified Protocol intervention has been adapted to address EDs in children (The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children [UP-C]; Ehrenreich-May, Kennedy, Sherman, Bilek, & Barlow, 2018) and in adolescents (The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents [UP-A]; Ehrenreich-May, Kennedy, Sherman, Bilek, Buzzella et al., 2018).

The UP-C is an extension of the UP that has been adapted for children between 6 and 12 years old; this single-intervention approach comprises cognitive-behavioral strategies such as opposite action, problem solving, cognitive reappraisal and exposure, as well as mindfulness techniques (Kennedy et al., 2018). Moreover, the UP-C also addresses central emotional parenting behaviors, such as criticism, inconsistency, overprotection, and modeling of strong emotions, which are common in parents of children with anxiety and depressive disorders. The UP-C comprises 15 weekly group sessions of 90 minutes for children and their parents, conducted separately by two therapists. The skills worked on during the intervention sessions with the children are based on the analogy of an "emotion detective", which makes the UP-C more appealing and interactive for children (Ehrenreich-May, Kennedy, Sherman, Bilek, & Barlow, 2018).

Research on the UP has provided support for the efficacy of this intervention in children with EDs (Ehrenreich-May et al., 2017; Kennedy et al., 2019). An RCT conducted by Kennedy, Bilek & Ehrenreich-May (2019) compared the UP-C with an anxiety-focused CBT program and revealed that while both therapeutic approaches were effective in treating anxiety symptoms, the UP-C led to more significant improvements in treatment response at follow-up, depression, emotion regulation and cognitive reappraisal. Recently, a feasibility study that explored the feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of the UP-C in a Portuguese sample of children with EDs demonstrated low dropout rates, high attendance rates, and high levels of child and parent satisfaction with the intervention. In addition, significant reductions in children's levels of anxiety and depression and of interference and severity of this symptomatology were observed at posttreatment and at the 3-month follow-up (Caiado et al., 2022).

This case study describes the application of the UP-C to an 8-year-old patient, with comorbid anxiety symptoms presenting a detailed overview of the UP-C and the main results obtained.

Case Conceptualization

B. (pseudonym) is an 8-year-old Portuguese female who lives with her mother, her twin sister, and her father. At the beginning of the UP-C, B. and her mother reported that her main difficulties were fear of being alone or separated from her mother, fear of dogs, fear of closed spaces and of new situations/activities and anxiety in performance situations (e.g., tests, going to the board, doing presentations).

A few months before B. presented for treatment, her father had been hospitalized due to COVID-19 complications. During that time, she complained of head and stomach aches when going to school, as well as urine losses. After this experience, B. became anxious about being apart from her family, as she feared that something bad would happen to them. She would refuse to go to after school activities, spend the night away from home (something that had not previously caused her stress), or let her mother go anywhere without her (including the bath-

room), and she would become very anxious if her mother or any other person would be late to pick her up from school, fearing something bad had happened to them or that they had abandoned her. She justified these behaviors with thoughts such as “I want to stay and take care of you”, assuming a caretaker role regarding her loved ones.

In addition to these difficulties, B. also presented with an intense fear of dogs. Despite owning a dog herself, she would become very scared whenever she saw other dogs, to the point of screaming and exhibiting avoidant behaviors (e.g., crossing the road to the opposite side of where the dog was, asking to leave places when she would spot a dog, steering far from dogs and climbing on her mother's lap when a dog was close) when she saw dogs other than her own. The fear was more intense regarding bigger dogs, especially dogs bigger than her own.

B. also presented some agoraphobic symptoms, such as being afraid of enclosed spaces, including bathrooms, airplanes, boats, or cable cars, due to fear of being closed-in and not being able to get out. Due to this fear, she would often avoid some transports (e.g., she refused to go on vacation abroad for fear of going on an airplane), as well as adopt some safety behaviors in places such as public bathrooms (e.g., going only with her mother, not closing the doors all the way).

Evaluation situations, such as tests or presentations, were also stressful stimuli to B. She would complain of head and stomach aches 1 to 3 days prior to the situations, would have difficulty sleeping the night before any of these situations, and verbalized thoughts such as “I can't do it, I'm going to fail”. It was also hard for her to participate in class, including activities such as answering questions out loud or completing exercises on the board, both of which she avoided for fear of doing something wrong and being made fun of by her classmates. Her fear was amplified that fact that her twin sister presented no fear of participating in classes, which not only made B. feel bad in comparison but also made her fear for her sister whenever she got a wrong answer.

B. also presented some difficulties regarding openness to new experiences. She avoided all new things, especially things she would perceive as risky to her well-being. She

would refuse to try things like rollercoasters, radical sports such as slide or rappel, or getting close to mascots like Mickey Mouse at Disneyland, fearing something bad would happen to her (i.e., she would get hurt).

Assessment

Prior to treatment, B.'s emotional symptomatology was assessed via the Mini Neuropsychiatric International Interview for Children and Adolescents (MINI-KID; Rijo et al., 2016; Sheehan et al., 2010) after receiving informed consent from the parents. Once the diagnostic interview was made, the therapist rated the overall severity of B.'s difficulties with a score of 5 (markedly ill) on the Clinical Global Impairment–Severity scale (CGI-S; Guy, 1976). The CGI-S assesses the overall severity of children's difficulties in comparison to past patients with the same diagnoses on a scale from 1 (normal, not at all ill) to 7 (among the most extreme ill of patients) from the therapist's perspective. This scale, as well as the Clinical Global Impairment–Improvement (CGI-I), is rated on a scale from 1 (very much improved) to 7 (very much worse), were administered after the end of treatment to assess the therapist's perspective of the child's improvement or worsening compared to the child's initial state at the beginning of the intervention.

Additionally, B. and her mother completed a battery of self-reported measures at baseline, posttreatment and at the 3-month follow-up, as follows:

The Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS; Chorpita et al., 2000; Pereira & Pedro, 2019) was used to assess children's anxiety and depression symptoms. The RCADS has 47 items, answered on a 4-point Likert scale (0 = never to 3 = always) and comprises two subscales: (1) depression (10 items) and (2) anxiety (37 items distributed across five dimensions: separation anxiety disorder, generalized anxiety disorder, panic disorder, social phobia, and obsessive-compulsive disorder). Higher total scores on the anxiety and depression subscales indicate more severe symptoms.

The Child Anxiety Life Interference Scale for children (CALIS-C; Lyneham et al., 2013; Marques et al.,

2015) and for parents (CALIS-P; Lyneham et al., 2013; Marques et al., 2015) are two parallel measures that assess the life interference and impairment of the core symptomatology experienced by the child from the child's (CALIS-C) and parent's (CALIS-P) views. The CALIS-P comprises two subscales: (1) the Child Interference Subscale and (2) the Family Interference Subscale. The Portuguese version has 9 items (CALIS-C) and 16 items (CALIS-P) scored on a 5-point Likert scale (0 = not at all to 4 = a great deal). Higher scores indicate greater interference of the child's symptoms in the life of the child and the family.

Course of Treatment and Progress Assessment

Course of Treatment

B. and her mother completed the full UP-C, with a total of 15 weekly group sessions and a duration of 90 minutes. Throughout the treatment, B. and her mother used the UP-C Children and Parents workbooks (Ehrenreich-May, Kennedy, Sherman, Bilek, & Barlow, 2018), which are structured through the analogy of an “emotion detective” and organized into five core sections around the acronym CLUES: (1) “Consider How I Feel”, (2) “Look at My Thoughts”, (3) “Use Detective Thinking”, (4) “Experience My Fears and Feelings” and (5) “Stay Healthy and Happy”.

Below is a brief description of the children's and parents' contents covered in the five core CLUES sections of the UP-C:

(1) ***Consider How I Feel (Sessions 1–4)***: regarding children's contents, the first section of the UP-C is dedicated to introducing the model and structure of the UP-C, identifying the top problems, developing the relationship between group members and the therapist, providing psychoeducation about emotions (e.g., function of emotions; parts of an emotional experience; emotional normalization; avoidance cycle) and training behavioral activation, body scanning and interoceptive exposure. The contents of the parents' section focus on providing psychoeducation

about children's emotions and about emotional parenting behaviors and analyzing positive reinforcement and empathy as the opposite behaviors for criticism.

During the first session, B. identified four top problems: (1) fear of separation from the mother; (2) fear of dogs; (3) fear of performance situations (e.g., tests, going to the board, oral presentations) and (4) fear of closed spaces and new situations/activities. These top problems were rated on a scale from 0 (not at all a problem) to 8 (extreme problem) by B. and her mother.

In Table 1, we present the Top Problems severity in the first session, considering B. and her mother reports.

In this section, B. learned how to distinguish the three parts of her own personal experience of anxiety (e.g., thoughts: "something bad will happen to my mother"; body clues: "racing heart and sweating hands"; and emotional behaviors: "always stay close to my mother"). B. also worked with her therapist to analyze the short- and long-term consequences of specific emotional behaviors associated with the experience of anxiety, the cycle of avoidance, and the importance of engaging in opposite actions for her emotional experiences. During this section, B. learned about the relationship between her physical sensations and emotions, how to identify the physical sensations she experienced when she was anxious (e.g., racing heart) and how to use interoceptive exposure and body scanning techniques to notice these sensations without making anything to make them disappear.

(2) **Look at My Thoughts (Session 5):** in this section of the UP-C, children learn the concept of flexible thinking through thought identification and identification of

"thinking traps" (i.e., the main cognitive distortions, including jumping to conclusions, thinking the worst, ignoring the positive, and mind reading). Parents learn about inconsistent reinforcement and punishment and the opposite parenting behaviors of consistent discipline and reinforcement. In this section, B. was able to identify the thinking traps more related to her own emotional experience (i.e., thinking the worst: "if my mother walks away from me, it means she will disappear/have an accident").

(3) **Use Detective Thinking (Sessions 6-7):** The contents of the children's section focus on exploring cognitive flexibility and problem-solving strategies and applying them to their own emotional experiences. The contents of the parents' section focuses on analyzing the parental behavior of promoting healthy independence as the opposite behavior of overprotection. In this section, B. learned the skill of detective thinking and how to apply this skill to her own thinking traps, practicing this skill using her personal examples (e.g., fear of being separated from her mother; fear of dogs; fear of closed spaces; fear of performance exposure situations). B. also learned the problem-solving steps and applied them to her personal examples (e.g., arguments with friends/family).

(4) **Experience My Fears and Feelings (Sessions 8-14):** This section of the UP-C focuses on mindfulness and exposure techniques. Children learn about present moment awareness and nonjudgmental awareness and plan and execute individualized situational emotion exposures gradually, in sessions and at home. Parents learn about the concept of situational emotion exposure and discuss their role when children practice exposures at home. Additionally, in these sessions, parents discuss the last parenting behavior of healthy emotional modeling as the opposite

Table 1

Top Problems severity in the first session

Top Problems		Children reports on the severity of top problems	Parents' reports on the severity of the top problems
Top Problem 1	Fear of separation from the mother	8	8
Top Problem 2	Fear of dogs	6	6
Top Problem 3	Fear of performance situations	6	7
Top Problem 4	Fear of closed spaces and new situations/activities	6	8

behavior of parental modeling of intense emotions and avoidance behaviors.

For B., the emotional awareness strategies learned in this section were particularly useful for social interaction situations and in moments of worry. B. learned to use these techniques whenever she engaged in negative judgments about herself, especially in performance or social situations, during which she tended to ruminate and negatively analyze her performance. Additionally, the present-moment awareness exercises were useful for worrisome situations in which B. usually had difficulty remaining engaged in the present moment, particularly before going to bed. The use of these emotional awareness strategies was also useful during individual exposure exercises. In session 11, B. began building a hierarchy (“emotion ladder”) in which she rated each exposure proposed by the therapist on a scale from 0 (no strong emotion) to 8 (very, very strong emotion). After building this hierarchy, B. performed the proposed exposures during sessions 11 to 14, starting with the tasks that caused less anxiety/fear toward her ultimate goals. For example, the first step in her hierarchy pertaining to their fear of separation from the mother consisted of staying in the session without her mother and without knowing where her mother was (lower intensity exposure), and the last step in this hierarchy consisted of her mother traveling abroad without B. (higher intensity exposure). During sessions 11 to 14, before beginning each of the exposure tasks, B. worked individually with her therapist, and during exposure exercises, she applied the skills learned in the previous UP-C sections, particularly the detective thinking skill. Throughout the exposure sessions, B. performed several tasks associated with her main areas of difficulty (Top Problems). Specifically, during sessions 11 to 14, to work on the fear of being separated from her mother, fear of dogs, closed spaces and new situations/activities, some interventional exposures were completed, such as staying away from her mother or doing chores without her mother, staying around dogs, staying in closed places, and trying new activities (e.g., slide). To work on the fear of performance situations, some social exposure exercises, in performance contexts, were conducted, such as making presentations to the group of children and parents or asking questions to unknown people.

(5) *Stay Healthy and Happy (Session 15)*: In the last session, children review the skills they have learned, create a plan and celebrate the progress and gains. Parents review the skills and opposite parenting behaviors learned, create a plan for furthering progress, learn how to distinguish lapses from relapses and celebrate children’s progress. Additionally, during the parenting session, in addition to addressing the specific parenting content (i.e., emotional parenting behaviors), all the strategies and skills learned by the children are discussed and analyzed. In this last session, B. had the opportunity to review all her achievements through a video that summarized her main therapeutic gains throughout the program using some photos and videos of the different exposure tasks she had done. At the end of this session, all the children in B.’s intervention group participated in a small group party to celebrate the end of the program.

Assessment of Progress

As described in the “Assessment” section, B.’s progress evaluation during treatment with the UP-C was assessed via the scores on the RCADS and CALIS-C/CALIS-P. B. and her mother completed these measures at pre- and posttreatment to assess treatment-based changes in B.’s anxiety and depressive symptomatology. Table 2 shows the results of B. progress in anxiety (RCADS and CALIS-C/CALIS-P) and depression (RCADS) symptomatology after the 15 treatment sessions.

Concerning the RCADS, at the beginning of the intervention, B. presented elevated symptoms of anxiety (Social Anxiety T-score = 24; Separation Anxiety T-score = 18; Generalized Anxiety T-score = 18) and depression (Depression T-score = 14). At posttreatment, B. symptoms of anxiety (Social Anxiety T-score = 12; Separation Anxiety T-score = 7; Generalized Anxiety T-score = 8) and depression (Depression T-score = 9) were no longer clinically significant, with both anxiety and depression scores below the confidence interval established for the Portuguese population (Pedro & Pereira, 2019).

Regarding the CALIS-C/CALIS-P, the initial score presented by B. and her mother at the beginning of intervention was very high (CALIS-C T-score = 23/CALIS-P

Table 2.

Pre- to Posttreatment Changes.

	Portuguese Population normative data		Pretreatment	Posttreatment	3-Month Follow-up
	M	S.D.			
RCADS Total	50.48	19.81	91	50	31
RCADS Total Depression	7.19	4.90	14	9	7
RCADS Social Anxiety	12.16	4.97	24	12	8
RCADS Separation Anxiety	5.49	3.19	18	7	4
RCADS Generalized Anxiety	9.50	4.25	18	8	5
CALIS-C	7	5.37	23	8	2
CALIS-P TOTAL	12.83	10.57	22	22	19
CGI-S			5 (Markedly ill)	2 (Borderline mentally ill)	
CGI-I				1 (Very much improved)	

Note. Means (*M*) and standard deviations (*SD*) for RCADS (Pedro & Pereira, 2019) and CALIS-C/CALIS-P (Marques et al., 2015) measures in the Portuguese population.

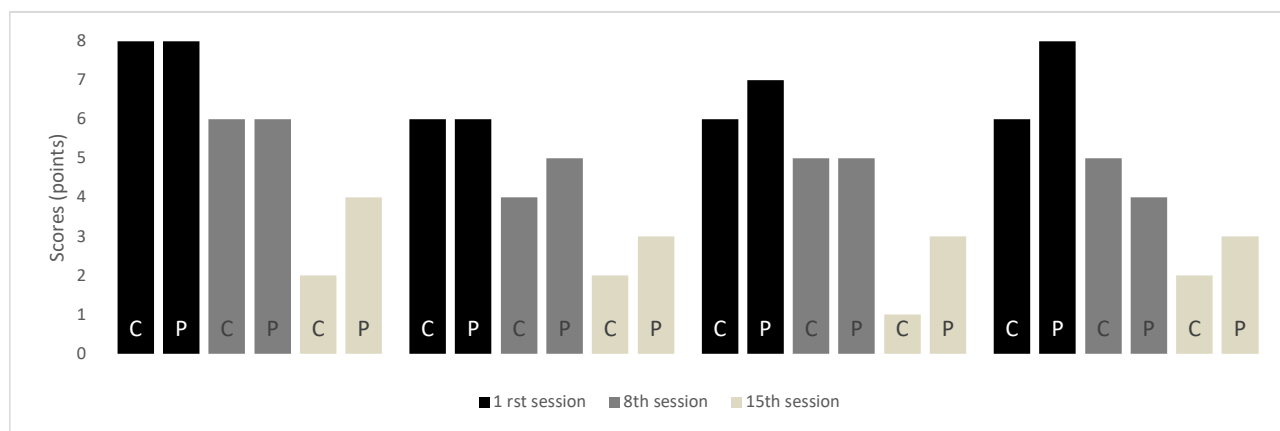
T-score = 22). Throughout treatment, this score decreased from child view until reaching a score of 8 (CALIS-C) and after treatment, maintaining a score of 22, from mother perspective.

Therapist classified the overall improvement (CGI-I; Guy, 1976) as 1 (very much improved) and the severity of symptoms in the posttreatment as 2 (borderline mentally

ill), indicating that B.'s global clinical impairment was improved after UP-C. Moreover, in the final session, B. and her mother rated the severity of her Top Problem 1 at 2 (B.) and 4 (mother), Top Problem 2 at 2 (B.) and 3 (mother), Top Problem 3 at 1 (B.) and 3 (mother) and Top Problem 4 at 2 (B.) and 3 (mother), suggesting a decrease in the severity and impact of these difficulties on B.'s life. In Figure 1, we present the Top Problems severity progress

Figure 1.

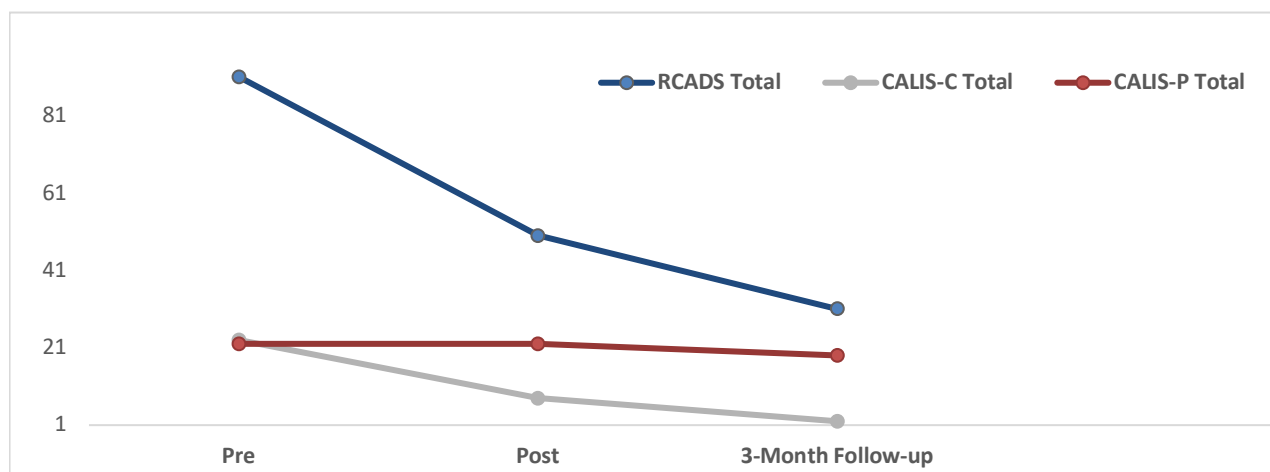
Children and parents' reports on the severity of the four top problems throughout the UP-C.



Note. C: children's report; P: Parents' report.

Figure 2.

Results of RCADS and CALIS-C/CALIS-P at the 3-month follow-up.



throughout the UP-C, considering B. and her mother reports.

In addition to changes in the primary symptomatology presented by B., it was also possible to identify significant changes in B.'s social functioning. During the intervention, there were some improvements in her social functioning, manifested by a greater involvement in activities and ability to interact with others.

Follow-up

Following the completion of the UP-C, B. and her mother were contacted 3 months after treatment to assess whether the improvements achieved posttreatment were maintained over time. In Figure 2, we present the results of the 3-month follow-up for the anxiety (RCADS and CALIS-C/CALIS-P) and depression (RCADS) variables. These two measures showed a decrease in the 3-month follow-up scores compared to the posttest scores. As shown in Table 1, these scores were lower than the pretest scores for the RCADS (Social Anxiety T-score = 8; Separation Anxiety T-score = 4; Generalized Anxiety T-score = 5; Depression T-score = 7) and for the CALIS-C/CALIS-P (CALIS-C T-score = 2/CALIS-P T-score = 19).

Discussion and Conclusions

This case study illustrates the clinical usefulness of the UP-C, suggesting that this intervention could be effective not only in reducing anxious and depressive symptomatology but also in improving overall functioning. In addition to the improvement in their emotional symptomatology reported by the quantitative results, it is possible to identify some functional changes. After the implementation of this program, B. was able to stay in the car and in her house without her mother, be around dogs, try new activities, and make presentations at school more safely and confidently.

As mentioned before, this intervention is useful for children with anxiety and/or depressive disorders but is particularly helpful for children for whom these symptoms co-occur (citation), as is the case of B. Using a traditional single-disorder protocol, the intervention would have been longer as the different concerns presented by B. would have been treated separately.

The results of this study showed a decrease in the severity of the four top problems identified by B. and her mother at the beginning of the intervention as well as a reduction of the anxious and depressive symptoms, ac-

according to the therapists' reports (CGI-S), from pre- to posttreatment and a major improvement in overall clinical impairment (CGI-I). Additionally, a decrease in anxiety and depression levels along with a reduction in the interference of this symptomatology in the child's and family life, as reported by B. These improvements were maintained after 3 months of follow-up. Although depression was not the main diagnosis of B., it was interesting to observe significant improvements in this variable as well. Although there were significant decreases in the primary symptomatology presented by B., the interference of the severity of this symptomatology, from the mother's perspective, did not change significantly throughout the treatment. This fact may be related to B.'s mother's higher expectations regarding the improvements presented, or to a lower appreciation of the gains achieved.

Preliminary evidence from feasibility studies of the UP-C in the Portuguese population suggests that this program is feasible and acceptable for the treatment of a varied range of EDs (Caiado et al., 2022). Up to this point, we have used the UP-C to treat a diverse range of anxiety and mood diagnoses, including specific phobia, separation anxiety disorder, generalized anxiety disorder, social phobia/performance anxiety, selective mutism, anxiety disorder not otherwise specified, panic disorder, anxiety-related disorder, obsessive-compulsive disorder, illness anxiety disorder and depression (citation). We are currently conducting a randomized controlled trial to examine the efficacy of the UP-C in a range of anxiety and mood disorders. The case of B. illustrates that UP-C may be an effective therapeutic approach for cooccurring disorders by focusing on the underlying common mechanisms of EDs. Despite the proven clinical utility of the application of UP-C to this case study, the therapists identify some barriers to its implementation, including difficulty addressing all the content due to time constraints (especially in the modules 2 and 5) and difficulty in complying with the stipulated duration of the sessions (especially parental sessions and children's exposure sessions).

Recommendations to Clinicians and Students

To implement the UP-C, training is recommended for therapists in which they learn and practice the application of several core strategies of the UP-C. A thorough reading of the UP-C therapist's manual and workbook is also advised.

References

- Achenbach, T. M., Howell, C. T., McConaughy, S. H., & Stanger, C. (1995). Six- year Predictors of Problems in a National Sample of Children and Youth: I. Cross-informant Syndromes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(3), 336–347. <https://doi.org/10.1097/00004583-199503000-00020>
- Addis, M. E., Wade, W. A., & Hatgis, C. (1999). Barriers to Dissemination of Evidence-based practices: Addressing Practitioners' Concerns about manual-based Psychotherapies. *Clinical Psychology Science and Practice*, 6, 430–441. <https://doi.org/10.1093/clipsy.6.4.430>
- Barlow, D. H. (Ed.). (2008). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual* (4th ed.). Guilford Press.
- Barlow, D., Allen, L., & Choate, M. (2004). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205–230. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.005>
- Barlow, D. H., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., & Farchione, T. J. (2008). *Unified Protocol for the Treatment of Emotional Disorders*. Oxford University Press.
- Barlow, D. H. & Craske, M. G. (1989). Behavioral Treatment of Panic Disorder. *Behavior Therapy*,

- 20, 261–282. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80073-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80073-5)
- Barlow, D. H., Farchione, T.J., Bullis, J.R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S.; Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared with Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 74, 875–884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Bittner, A., Egger, H. L., Erkanli, A., Jane Costello, E., Foley, D. L., & Angold, A. (2007). What do Childhood Anxiety Disorders Predict? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(12), 1174–1183. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01812.x>
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and Lifetime Comorbidity of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders in a Large Clinical Sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585–599. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.110.4.585>
- Caiado B., Gois, A. Pereira, B., Canavarro, M. C., & Moreira H. (2022). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children (UP-C) in Portugal: Feasibility Study Results. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), Article 1782. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031782>
- Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. A., & Francis, S. E. (2000). Assessment of Symptoms of DSM-IV Anxiety and Depression in Children: A revised Child Anxiety and Depression Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38(8), 835–855. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00130-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00130-8)
- Copeland, W., Angold, A., Shanahan, L., & Costello, E. J. (2014). Longitudinal Patterns of Anxiety from Childhood to Adulthood: The Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(1), 21–33. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.017>
- Craske, M. G., Farchione, T. J., Allen, L. B., Barrios, V., Stoyanova, M., & Rose, R. (2007). Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder and Comorbidity: More of the Same or Less of More? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1095–1109. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.006>
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bilek, E. L., & Barlow, D. H. (2018). *Unified Protocols for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children: Workbook*. University Press.
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bilek, E. L., Buzzella, B. A., Bennett, S. M., & Barlow, D. H. (2018). *Unified Protocols for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children and Adolescents: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Ehrenreich-May, J., Rosenfield, D., Queen, A. H., Kennedy, S. M., Remmes, C. S., & Barlow, D. H. (2017). An Initial Waitlist-Controlled Trial of the Unified Protocol for the Treatment of Emotional Disorders in Adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 46, 46–55. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.006>
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T., & Barlow, D. H. (2010). Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Protocol Development and Initial Outcome Data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 88–101. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.002>
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W., & Barlow, D. H. (2012).

- Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 43(3), 666–678. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>
- Guy, W. C. G. (1976). *Clinical Global Impression, ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology* (pp. 217–222). National Institute of Mental Health.
- Kennedy, S. M., Bilek, E. L., & Ehrenreich-May, J. (2019). A Randomized Controlled Pilot Trial of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children. *Behavior modification*, 43, 330–360. <https://doi.org/10.1177/0145445517753940>
- Kennedy, S. M., Tonarely, N. A., Sherman, J. A., & Ehrenreich-May, J. (2018). Predictors of Treatment Outcome for the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children (UP-C). *Journal of Anxiety Disorders*, 57, 66–75. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.05.004>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age- of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Lundkvist-Houndoumadi, I. & Thastum, M. (2017). Anxious Children and Adolescents Non-Responding to CBT: Clinical Predictors and Families' Experiences of Therapy. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 82–93. <https://doi.org/10.1002/cpp.1982>
- Lyneham, H. J., Sbrulati, E. S., Abbott, M. J., Rapee, R. M., Hudson, J. L., Tolin, D. F., & Carlson, S. E. (2013). Psychometric properties of the Child Anxiety Life Interference Scale (CALIS). *Journal of Anxiety Disorders*, 27(7), 711–719. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.09.008>
- Marques, T., Pereira, A. I., Pedro, M., Russo, V., Goes, A. R., & Barros, L. (2015). Preliminary Analysis of the Portuguese version of the Child Anxiety Life Interference Scale. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(3), 454–462. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528304>
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The Risk for Early- Adulthood Anxiety and Depressive Disorders in Adolescents with Anxiety and Depressive Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55(1), 56–64. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.1.56>
- Rijo, D., Brazão, N., Barroso, R., Ribeiro da Silva, D., Vagos, P., Vieira, A., Lavado, A., & Macedo, A. (2016). Mental Health Problems in Male Young Offenders in Custodial versus Community Based-Programs: Implications for juvenile justice interventions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10, Article 40. <https://doi.org/10.1186/s13034-016-0131-6>
- Sheehan, D. V., Sheehan, K. H., Shytle, R. D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J. E., Milo, K. M., Stock, S. L., & Wilkinson, B. (2010). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(3), 313–326. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05305whi>

