

Aplicación grupal del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en población argentina

Silvina S. Grill, Claudia Castañeiras y M. Paola Fasciglione

Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina

Group application of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in Argentine population

Abstract: The aim of this uncontrolled trial was to analyze the effectiveness of Barlow's Unified Protocol (2011) group application in adult patients with emotional disorders of the anxious-depressive spectrum. This trial study was based on a non-control design that included pre- and post-treatment measures. The intervention was performed with 23 patients who met diagnostic criteria for panic attack, agoraphobia, social phobia, generalized anxiety disorder, unspecified anxiety disorder and major depression and attended an average of 14 sessions. The results showed a significant reduction in the symptoms of anxiety and depression, and the difficulties in the emotional regulation in the patients, also an increase of the positive emotions, the personal strength and functional improvement. These data provide evidence on the effectiveness of the transdiagnostic approach for emotional disorders in Argentina.

Keywords: Uncontrolled trial; Unified Protocol; transdiagnostic; anxiety; depression, adults.

Resumen: El objetivo de este ensayo no controlado fue analizar la efectividad de la aplicación en formato grupal del Protocolo Unificado de Barlow et al. (2011) a pacientes adultos con trastornos emocionales del espectro ansioso-depresivo. Este ensayo clínico se basó en un diseño sin grupo control que incluyó medidas pre y post-tratamiento. La intervención se realizó con 23 pacientes que cumplieron criterios diagnósticos de diversos trastornos incluyendo ataque de pánico, agorafobia, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad no especificado y depresión mayor y que asistieron a un promedio de 14 sesiones. Los resultados mostraron una reducción significativa de los síntomas de ansiedad y depresión y de las dificultades en la regulación emocional en los pacientes así como un aumento de las emociones positivas, la fortaleza personal y mejoría funcional. Estos datos aportan evidencia sobre la efectividad del abordaje transdiagnóstico para trastornos emocionales en Argentina.

Palabras clave: Ensayo no controlado; Protocolo Unificado; transdiagnóstico; ansiedad; depresión; adultos.

Introducción

Los informes aportados por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) dan cuenta de un marcado y progresivo deterioro en los índices de salud de la población. Particularmente en el caso

de la salud mental, el incremento de situaciones clínicas que en los últimos años conllevan niveles de riesgo psicopatológico resulta preocupante (OMS, 2017; OPS, 2013; OPS, 2017).

A nivel mundial la depresión y los trastornos de ansiedad son altamente prevalentes y discapacitantes. La depresión es un trastorno mental frecuente y se estima que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo (OMS, 2017; OPS, 2017). En el caso de los trastornos de ansiedad, datos del año 2015 informan que un 3.6% de la población mundial está afectada. Para ambos trastornos la prevalencia es mayor en mujeres (4.6% compa-

Recibido: 28 de enero 2017; aceptado: 24 de mayo 2017

Correspondencia: Silvina S. Grill, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Dean Funes 3250, B7602AYL Buenos Aires, Argentina. Correo-e: giepsiummdp@gmail.com

rada con 2.6% en varones a nivel mundial) (OMS, 2017; OPS, 2017).

En la Región de las Américas que involucra 33 países, entre ellos Argentina, Chile, Paraguay, Venezuela, Brasil, Estados Unidos, Colombia, México, Canadá y Bolivia, se estima que cerca de 50 millones de personas viven con depresión, casi un 17% entre 2005 y 2015 (OMS, 2017; OPS, 2017). Una proporción similar padece algún trastorno de ansiedad, y, de hecho, muchas personas cumplen criterios de comorbilidad, es decir, reciben diagnóstico para ambas condiciones simultáneamente. Particularmente, en Argentina se calcula que el 4.7% de la población (1.914.354) sufre trastornos depresivos y el 6.3% (2.542.091) trastornos de ansiedad (OMS, 2017; OPS, 2017).

Las consecuencias de estos trastornos en términos de pérdida de salud son importantes, y su repercusión negativa para la calidad de vida un aspecto clave. La depresión es un fenómeno mundial que afecta a personas de todas las edades, condiciones sociales y países. La OMS (2017) ubica la depresión como la principal causa que contribuye a la discapacidad y al suicidio (muertes que ascienden a cerca de 800.000 al año), y a los trastornos de ansiedad en el sexto lugar de condiciones discapacitantes.

Por otro lado, los estudios en el campo de la neurociencia, la ciencia de la emoción y la psicopatología descriptivo-funcional han comenzado a identificar desde hace algunos años factores comunes de orden superior (emocionales, cognitivos y comportamentales) que subyacen a una variedad de trastornos emocionales y que pueden considerarse foco de los cambios terapéuticos (Brown y Barlow, 2009; Watkins, Moberly y Moulds, 2008). Entre estos factores comunes destacan las relaciones entre afectividad negativa y positiva como dimensiones básicas que componen lo que en la literatura se ha denominado síndrome de afectividad negativa (Barlow, 2002; Barlow, Allen y Choate, 2004; Sandín, Chorot y Valiente, 2012). Este síndrome se define como un factor general de malestar subjetivo que incluye miedo, ansiedad, hostilidad, desprecio, asco, tristeza, y soledad (Watson y Clark, 1984), y que se ha propuesto como una estructura latente de vulnerabilidad general a los trastornos emocionales que permite explicar, por ejemplo, la elevada comorbilidad clínica entre ansiedad y depresión desde una perspectiva dimensional de la psicopatología (Brown, Campbell, Lehman, Grisham y Mancill, 2001; Watson, 2005). Las evidencias de comorbilidad y las elevadas correlaciones que se constatan en los datos derivados de autoinformes para evaluar ansiedad y depresión, se suman a la identificación de este factor general de malestar o distrés común a ambas condiciones clíni-

cas, coexistente con dos dimensiones relativamente independientes que explicarían las diferencias entre ansiedad y depresión (Crawford y Henry, 2004).

Por otra parte, la investigación de procesos básicos ha generado pruebas consistentes acerca de las manifestaciones ansiosas y depresivas que forman parte de un espectro clínico común conocido como trastornos emocionales (Brown, 2011). Los trastornos emocionales constituyen las formas clínicas más habituales y frecuentes de demanda de asistencia psicológica, y se ubican en el primer lugar en la epidemiología de la salud mental a nivel mundial (OMS, 2017). Se estima que alcanzan el 70% de la demanda directa de asistencia en centros especializados y generales, como condición primaria o secundaria a otras situaciones clínicas (Moreno y Moriana, 2012). Entre ellas predominan los trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia específica, trastorno por estrés postraumático, fobia social) y los trastornos del estado de ánimo (distimia y episodio depresivo mayor unipolar) (Labrador, Estupiña y García Vera, 2010; Moreno y Moriana, 2012). Asimismo, se observa que una considerable cantidad de demandas de atención psicológica que llega a los servicios de salud generales y especializados derivan en algún tipo de tratamiento, habitualmente más intuitivo e inespecífico que sistemático, cuyos procedimientos resultan insuficientes para garantizar la calidad de las relaciones intervención-resultados (Cano Vindel et al., 2012; Moreno y Moriana, 2012).

Paralelamente, la investigación y el conocimiento teórico y aplicado sobre intervenciones clínicas han evolucionado hacia una mayor diferenciación de los procedimientos terapéuticos que resultan más efectivos para distintas situaciones y condiciones clínicas (Beutler, 2004; Beutler y Castonguay, 2006; Lambert, 2013). En este sentido, no han sido menores los avances dirigidos al desarrollo y evaluación de programas basados en principios clínicos y en procedimientos manualizados validados empíricamente (Barlow y Carl, 2011; Spring y Neville, 2011).

En los últimos años han proliferado estudios dirigidos a la evaluación de programas de intervención que brindan datos clínicos sustentados empíricamente. Entre ellos se destaca la aplicación de programas basados en abordajes transdiagnósticos (Bullis et al., 2015; Chu et al., 2016; Espejo et al., 2016; Farchione et al., 2012; García-Escalera, Chorot, Valiente, Reales y Sandín, 2016; Mullin et al., 2015). La terapia cognitivo conductual transdiagnóstica (TCC-T) sostiene que existen procesos cognitivos y conductuales diferentes responsables de ciertos síntomas compartidos por diversos trastornos psicológicos que comparten aspectos comunes en las

áreas cognitivas, conductuales y/o emocionales (García-Escalera et al., 2016; Sandín et al., 2012) y que podrían explicar su mantenimiento (Egan, Wade, y Shafran, 2012; Mansell, Harvey, Watkins y Shafran, 2008). Se trata de una aplicación de amplio alcance que se focaliza en las dimensiones comunes y genéricas que comparten diferentes trastornos, es decir, un tratamiento transdiagnóstico aplicaría los mismos principios de tratamiento subyacentes a diferentes trastornos sin necesidad de adaptarlo a diagnósticos específicos (Espejo et al., 2016; Fogliati, et al. 2016; García-Escalera et al., 2016; Grill y Castañeiras, 2013; Ito et al., 2016; McEvoy, Nathan y Norton, 2009; Titov, et al., 2016).

Este tipo de intervenciones inicialmente surgen con Fairburn, Cooper y Shafran (2003) quienes mencionan la existencia de ciertos procesos psicopatológicos genéricos en los trastornos alimentarios, como la sobrevaloración de la comida o el peso, conductas compensatorias, actitud perfeccionista y baja autoestima, que permiten proponer una teoría transdiagnóstica de los factores que mantienen el espectro de los trastornos alimentarios (bulimia nerviosa, anorexia nerviosa y trastornos alimenticios atípicos). Sobre la base de este modelo teórico, desarrollaron una TCC-T en cuatro etapas focalizadas en el perfeccionismo, la baja autoestima, la intolerancia emocional y las dificultades interpersonales, aplicable a todas las formas de trastornos de la alimentación (García-Escalera et al., 2016; Grill y Castañeiras, 2013).

En el 2004, el grupo de Norton de la Universidad de Houston (Norton, Hayes y Hope, 2004) llevó a cabo el primer ensayo clínico en formato grupal para trastornos de ansiedad y depresión, aplicando TCC-T, con base en la idea de que el afecto negativo podría considerarse un componente patológico nuclear tanto de la ansiedad como de la depresión. Posteriormente, Norton (2012) desarrolla un protocolo para el grupo de trastornos de ansiedad específicamente, sin incluir depresión, denominado terapia cognitivo-conductual grupal transdiagnóstica para la ansiedad (TCCG-T). Este tratamiento enfatiza el miedo excesivo o irracional (evaluación negativa, síntomas somáticos, etc.) más que el diagnóstico específico (p.ej., trastorno de pánico), de esta manera se considera que los pacientes comparten la misma patología básica, aunque los estímulos específicos que desencadenan el miedo/ansiedad y las respuestas conductuales asociadas pueden diferir. La TCCG-T incluye psicoeducación, exposición graduada en la sesión y prevención de respuesta, reestructuración cognitiva de las creencias centrales y prevención de recaídas.

En esta línea Barlow, et al. (2004) proponen un tratamiento unificado de TCC-T común para todos los tras-

tornos de ansiedad y depresión, basado en tres componentes fundamentales: a) modificar las evaluaciones erróneas antecedentes (reevaluación cognitiva); b) prevenir la evitación emocional (cognitiva y comportamental, como supresión de emociones, preocupación, distracción, evitación interoceptiva y exteroceptiva), y c) modificar las tendencias a actuar bajo el impulso de las emociones. Barlow et al. (2011) y Farchione et al. (2012) desarrollaron un Protocolo Unificado (UP) para el Abordaje Transdiagnóstico de Trastornos Emocionales basado en dicha concepción psicopatológica y clínica, denominado en inglés *The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide* (UP; Barlow et al., 2011) que consta de un Manual para el paciente y una Guía para el terapeuta. El UP fue diseñado para intervenir sobre la elevada afectividad negativa presente en el espectro clínico ansioso-depresivo. Se basa en los principios del tratamiento cognitivo-conductual (TCC) que han aportado más evidencia sobre una mayor efectividad comparada con otros abordajes clínicos (García-Escalera et al., 2016; McHugh y Barlow, 2012; Sandín et al., 2012), y esto lo convierte en un programa breve de alcance poblacional que cuenta con evidencia de eficacia en estudios controlados en un formato individual (Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione y Barlow, 2010; Farchione et al., 2012), así como, más recientemente en formato grupal (Bullis et al., 2015; Castellano Badenas, Osma, Crespo Delgado y Fermoselle Esclapez, 2015; Ito et al., 2016). El UP incluye intervenciones dirigidas a modificar dimensiones comunes que se encuentran afectadas en distinto grado en el denominado Síndrome de afectividad negativa. Utiliza tres principios terapéuticos fundamentales: (a) la exposición, (b) la reevaluación cognitiva, y (c) la prevención de la evitación emocional. Se focaliza en la interacción entre pensamientos, sentimientos y conductas relacionadas con la génesis de las experiencias emocionales.

Existen numerosos estudios que han evaluado este protocolo clínico en diferentes países (Estados Unidos, España, Japón, Australia, etc.), y los resultados obtenidos revelan una reducción sintomática significativa en el post-tratamiento así como un mantenimiento de los resultados en evaluaciones de seguimiento en relación a una amplia gama de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Bullis et al., 2015; Espejo et al., 2016; Farchione et al., 2012; Ito et al., 2016; Osma, Castellano, Crespo y García-Palacios, 2015).

La efectividad de un tratamiento en el ámbito sanitario hace referencia al impacto positivo que un curso de acción podría tener sobre el nivel de salud de un colectivo o de un individuo bajo las condiciones habituales de

la práctica clínica (Ferro García y Vives Montero, 2004; Mustaca, 2004). Como parte de un proyecto de investigación clínica de mayor alcance, el presente estudio tiene por objetivo aportar evidencia clínica y empírica sobre la efectividad del protocolo UP de Barlow et al. (2011) para pacientes adultos con trastornos emocionales en Argentina. Este estudio representa un avance sustantivo para la clínica en este país, ya que aporta datos que avalan la aplicabilidad del Protocolo Unificado. Asimismo, sus características como intervención breve en formato grupal la convierten en una intervención coste-efectiva para los sistemas de gestión de la salud en la población.

Método

Participantes

De 46 sujetos inicialmente evaluados por los psicólogos clínicos a cargo del estudio, 3 no cumplieron con los criterios de inclusión y 6 no comenzaron el programa a pesar de haber confirmado su asistencia. De los 37 restantes, 23 terminaron el tratamiento, y 14 no lo finalizaron por distintas razones. Las evaluaciones iniciales y las sesiones terapéuticas fueron realizadas en un consultorio asignado para tal fin que reunía las características apropiadas para su desarrollo. La duración aproximada de cada evaluación fue de una hora, y las sesiones de dos horas cada vez.

El grupo de 23 pacientes que finalizó el tratamiento y completó todas las evaluaciones estuvo conformado por 3 varones y 20 mujeres con un rango de edad de 21 a 59 años ($M = 40.91$, $DE = 12.01$). El 39.2% alcanzaba escolaridad de nivel medio (educación secundaria completa o incompleta), y el 60.8% estudios terciarios y/o universitarios al momento de participación en el estudio. Del total de participantes el 78% informó haber recibido asistencia terapéutica previa y el 26% tener antecedentes de tratamiento psiquiátrico. Al comienzo de la intervención el 30% estaba recibiendo psicofármacos, condición que se mantuvo constante durante el tratamiento.

Se aplicó la Escala de Evaluación de la Actividad Global (APA, 2002; Di Nardo, Brown y Barlow, 1994), para evaluar el grado de interferencia de los síntomas

de ansiedad y depresión en el funcionamiento general de la actividad psicosocial y laboral de los pacientes al momento de su inclusión en el estudio. El 17.4% (4 pacientes) presentaba al inicio del programa inestabilidad anímica, crisis de angustia o ansiedad, dificultades en las relaciones interpersonales, cambios significativos en el patrón del sueño y del apetito. El 43.5% (10 pacientes) manifestó síntomas leves y/o dificultades de baja-moderada interferencia en la actividad social y/o laboral. El 34.8% (8 pacientes) refirió síntomas transitorios ante agentes psicosociales, como dificultades en las relaciones interpersonales y/o laborales, nerviosismo, tensión, angustia y enojo, con alteración temporal de la actividad general. Y por último un paciente (4.3%) expresó síntomas asociados con ansiedad ante exámenes, y discusiones ocasionales en situaciones sociales.

Todos los pacientes admitidos cumplieron criterios clínicos para ser incluidos en categorías diagnósticas del espectro ansioso-depresivo según los criterios del DSM-IV, y a partir de la evaluación clínico-diagnóstica realizada se constató la ausencia de diagnósticos puros, y la presencia de comorbilidad en todos los pacientes aunque, en términos de predominio psicopatológico, el 87% de los pacientes presentó algún trastorno de ansiedad como cuadro principal, y el 13% depresión. Asimismo, en todos los casos, los pacientes mostraban desregulación emocional con diferente grado de intensidad.

Procedimiento

Se estableció un diseño cuasi experimental con medidas pre y post-tratamiento de acuerdo a la clasificación propuesta por Kazdin (2001).

La realización de este ensayo no controlado fue aprobada por el Programa Temático Interdisciplinario en Bioética (PTIB) de la Universidad Nacional de Mar del Plata, dependiente de la Secretaría de Ciencia y Técnica de Rectorado. Los dos profesionales a cargo de la aplicación del UP eran especialistas en psicología clínica y en intervenciones grupales con orientación cognitiva. Ambos se formaron en los abordajes transdiagnósticos mediante cursos y material audiovisual (Barlow et al.,

Tabla 1. Diagnósticos principales de los 23 pacientes

Diagnósticos Principales	AGO	AP	DM	FS	TAG	TA N/E	COM
N	1 (4.3%)	3 (13%)	3 (13%)	2 (9.7%)	7 (30%)	7 (30%)	23 (100%)

Nota. AGO = Agorafobia; AP = Ataque de Pánico; COM = Comorbilidad; DM = Depresión Mayor; FS = Fobia Social; TAG = Trastorno de Ansiedad Generalizada; TA N/E: Trastorno de Ansiedad No Especificado

2011). El proceso en su totalidad incluyó el registro filmico de las sesiones. Se garantizó la confidencialidad de los datos clínicos y su exclusiva utilización con fines científicos.

Los participantes del estudio fueron reclutados a través de dos fuentes: (a) centros de salud públicos y privados de las ciudades de Tandil y Mar del Plata, localidades pertenecientes a la provincia de Buenos Aires (Argentina), y (b) convocatoria a través de medios masivos de comunicación (redes sociales como Facebook, mail, radios y diarios locales desde la UNMdP). La inclusión de esta última fuente se consideró adecuada dada la cantidad de casos subclínicos que reportan los estudios epidemiológicos en la población general (Barriónuevo, Graña, y Silva, 2008; Grill, Posada, Galarza y Castañeiras, 2011).

A todos los participantes se les realizó una entrevista de admisión inicial en la que se les brindó información sobre el estudio y firmaron el consentimiento informado correspondiente. Posteriormente fue administrada una entrevista clínico-diagnóstica a cargo de psicólogas clínicas entrenadas específicamente en este tipo de situaciones y dispositivos, y un protocolo de evaluación clínica (ver Instrumentos) para determinar el cumplimiento de los criterios de inclusión. En concreto, se incluyeron adultos de 18 a 65 años con trastornos emocionales según juicio clínico experto y presencia de indicadores clínicos de ansiedad y/o del estado de ánimo, como situación clínica primaria o asociada a otra condición médica. El tipo de intervención propuesta también requería que los pacientes contaran con capacidad de comprensión y lecto-escritura básica. Fueron excluidos quienes al momento de la evaluación estuvieran en tratamiento psicológico, presentaran un diagnóstico y/o tratamiento por enfermedad física grave, bipolaridad, psicopatología severa crónica (trastornos mentales orgánicos, psicosis), disfunciones graves de la personalidad, historia de adicciones o pacientes que requirieran por su complejidad otro tipo de intervención. En aquellos casos en los que al realizar la entrevista clínico-diagnóstica no se cumplían los criterios establecidos para su inclusión se explicaron los motivos por los cuales el tratamiento no se adecuaba a sus necesidades, así como las recomendaciones necesarias en función de la situación de cada paciente.

Una vez iniciado el tratamiento, en los casos de interrupción/abandono se estableció contacto con el paciente para tomar conocimiento de los motivos y en función de ello evaluar las decisiones clínico-terapéuticas necesarias. Las entrevistas clínicas y evaluaciones post-tratamiento fueron realizadas por un psicólogo clínico externo (doble ciego) al programa de investigación.

Instrumentos

El protocolo administrado incluyó: a) evaluación clínico-diagnóstica; b) evaluación de síntomas asociados al espectro de los trastornos emocionales; c) evaluación de resultados; y d) evaluación de recursos personales percibidos. La decisión de incluir los instrumentos mencionados en el protocolo de evaluación respondió fundamentalmente a dos criterios: a) disponer de medidas de los principales grupos sintomáticos del espectro de los trastornos emocionales; b) su aplicabilidad en contextos clínicos de investigación en nuestra región. Estos instrumentos se organizaron en función de medidas diagnósticas, medidas de resultado primarias y medidas de resultado secundarias, de acuerdo a la siguiente secuencia:

(a) Pruebas diagnósticas

Entrevista clínica basada en criterios diagnósticos DSM-IV (ADIS-IV; Brown, Di Nardo, y Barlow, 1994).

Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG; APA, 2002; Di Nardo et al., 1994). Evalúa el funcionamiento general de la actividad psicosocial, social y laboral del sujeto en el período actual. Contiene un único ítem que se puntúa en una escala que varía entre 100 (sin patología/rasgos de salud mental positiva) y 1 (expectativa de muerte). El coeficiente de correlación intraclase varía entre 0.61 y 0.91. Asimismo, se ha informado una adecuada sensibilidad al cambio.

Cuestionario de Trastornos del Estado de Ánimo (MDQ; Hirschfeld et al., 2000, versión española de Vietta et al., 2007). Es un cuestionario breve y autoadministrado que tamiza la presencia de un síndrome maniaco o hipomaniaco a lo largo de la vida. Consta de 13 ítems de respuesta dicotómica (SI-NO) e incluye dos ítems adicionales que indagan sobre la manifestación temporal y la intensidad/gravedad de los síntomas informados. Respuestas afirmativas a 7 o más de los ítems confirman la probabilidad de un Trastorno bipolar. Presenta adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.73) y coeficientes de sensibilidad y especificidad de 0.66 y 0.82 respectivamente (Vöhringer et al., 2008). En este estudio la consistencia interna según el índice alfa de Cronbach fue de 0.79.

(b) Pruebas de resultado primarias

Cuestionario de Evaluación de Síntomas Psicopatológicos (SA-45; Sandín, Valiente, Chorot, Santed, y Lostao, 2008). Es un autoinforme que evalúa síntomas psicopatológicos a través de 45 ítems agrupados en nueve clusters: (a) somatizaciones, (b) obsesiones y compul-

siones, (c) sensibilidad interpersonal, (d) depresión, (e) ansiedad, (f) hostilidad, (g) ansiedad fóbica, (h) ideación paranoide, (i) psicoticismo. El sujeto debe indicar la frecuencia de cada síntoma durante la última semana, en una escala tipo Likert entre 0 (nada en absoluto) y 4 (mucho o extremadamente). Da información sobre 9 dimensiones sintomáticas y 3 índices generales que informan sobre el malestar general. El promedio de las respuestas a los ítems de cada escala da el puntaje para esa dimensión. Presenta niveles adecuados de consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.93) y de validez convergente y discriminante.

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS; Zigmong y Snaith, 1983; versión española de Terol et al., 2007). Es un autoinforme de 14 ítems (7 ítems referidos a ansiedad y 7 a depresión), con adecuada especificidad y sensibilidad en la detección de esta sintomatología. La intensidad o frecuencia de cada síntoma se evalúa en una escala tipo Likert de 4 puntos (rango 0-3), con diferentes opciones de respuesta (de «casi todo el día» a «nunca»; de «sí y muy intenso» a «no siento nada de eso»; de «igual que siempre» a «actualmente en absoluto») en función de cómo se ha sentido en los días previos incluyendo el momento presente. Brinda puntuaciones de corte clínico (subescala ansiedad= 8; subescala depresión= 9) y presenta homogeneidad entre los 14 ítems (alfa de Cronbach = 0.86).

Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Watson, Clark, y Tellegen, 1988; versión argentina de Moriondo, Palma, Medrano, y Murillo, 2012). Es una medida breve, confiable y válida del afecto positivo (AP) y negativo (AN). Consiste en 20 ítems que expresan sentimientos o emociones (10 referidos a AP y 10 a AN). Presenta opción de respuesta en escala tipo Likert de 5 puntos, que varía entre 1 (muy en desacuerdo) y 5 (muy de acuerdo). La puntuación se obtiene por sumatoria simple de las respuestas dadas a los ítems que corresponden a la subescala de AP y AN respectivamente. El rango máximo de puntuaciones varía entre 10 y 50 en cada caso. La PANAS ha demostrado buena validez convergente y divergente, y un alfa de Cronbach = 0.84 para la escala de afecto positivo y alfa de Cronbach = 0.80 para la escala de afecto negativo.

Cuestionario de Preocupaciones (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, y Borkovec, 1990, versión española de Sandín, Chorot, Valiente, y Lostao, 2009). Evalúa síntomas relacionados con el Trastorno de Ansiedad Generalizada, como la tendencia a preocuparse, la intensidad y la preocupación excesiva. Es un autoinforme de 11 ítems que se responde en una escala tipo Likert de 1 (nada típico en mí) a 5 (muy típico en mí). Se obtiene una puntuación total de preocupación por sumatoria simple del

conjunto de ítems. Ha demostrado buena consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.90) y estabilidad temporal test-retest ($r = 0.85$).

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS; Gratz y Roemer, 2004, adaptación Argentina de Medrano, Moretti, Ortiz, y Pereno, 2013). Propone una medida de los déficits en el proceso de regulación de las emociones. Conformada por 28 ítems con un formato de respuesta Likert de 1 (casi nunca) hasta 5 (casi siempre) y una estructura de 6 subescalas: Dificultades en el control de impulsos; Acceso limitado a estrategias de regulación emocional; Falta de aceptación emocional; Interferencia en conductas dirigidas a metas; Falta de conciencia emocional y Falta de claridad emocional. En esta escala, puntuaciones más elevadas indican mayores dificultades. La escala total presenta una consistencia interna de alfa de Cronbach = 0.91.

Outcome Questionnaire (OQ-45.2; Lambert y Burlingame, 1996; versión española de De la Parra y Von Bergen, 2002). Su utilización como medida de cambio clínico evalúa el progreso del paciente en terapia a través del registro de la experiencia subjetiva y el funcionamiento efectivo en su vida cotidiana. Consta de 45 ítems y se puntúa en una escala de respuesta tipo Likert de 0 (nunca) a 4 puntos (casi siempre). Incluye tres subescalas: a) síntomas -25 ítems-, b) relaciones interpersonales -11 ítems- y c) rol social -9 ítems-. Aporta datos sobre su consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.68) y estabilidad temporal ($r = 0.88$). También se dispone de evidencia sobre su validez de constructo y validez concurrente.

c) Pruebas de resultado secundarias

Escala de Recursos de Fortaleza Personal (ER; Castañeiras, 2009). Es una escala de 10 ítems que evalúa la percepción que tiene el sujeto respecto de los propios recursos y habilidades personales y la frecuencia con que los experimenta en una escala que va de 1 (nunca) a 6 (siempre). Posee un alfa de Cronbach = 0.90.

Intervención

Se aplicó el UP en formato grupal a un total de 8 grupos inicialmente integrados por 4-5 pacientes cada uno, con una extensión media de 14 sesiones de dos horas de duración y frecuencia semanal (la variabilidad en la extensión del tratamiento está contemplada en el UP de acuerdo a las necesidades de cada grupo de pacientes). En cada sesión se entregaba a los pacientes un material psicoeducativo (Manual del Paciente) del que disponían en forma permanente para su consulta y como guía del trabajo terapéutico, y se pautaban las tareas in-

tersección. El tratamiento fue gratuito, es decir, no implicó ningún costo para los pacientes.

Desde el año 2013 que comenzó este estudio se aplicó el UP (Workbook and Therapist guide Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders, 2011) traducido por 4 especialistas clínicos, dos de ellos bilingües.

La intervención constó de 7 módulos de tratamiento básicos que establecen componentes clave para la modificación y la regulación de las experiencias emocionales: (a) aumento de la conciencia emocional centrada en el presente, (b) aumento de la flexibilidad cognitiva, (c) identificación y prevención de los patrones de evitación emocional y conductas impulsadas por la emoción desadaptativas (CIEs), (d) aumento de la conciencia y la tolerancia de las sensaciones físicas relacionadas con las emociones, y (e) exposición situacional e interoceptiva centrada en la emoción. Asimismo, se incluyó un módulo inicial centrado en la motivación, la preparación para el cambio y el compromiso con el tratamiento así como un módulo final de revisión del progreso terapéutico y prevención de recaídas (Barlow et al., 2011).

Resultados

Para evaluar la evolución de los indicadores clínicos se consideraron los resultados de las evaluaciones pre y post-tratamiento. Se aplicó estadística no paramétrica en función del nivel de medición de las variables, del tamaño muestral y del cumplimiento de los supuestos de normalidad (prueba Kolmogorov-Smirnov) y homocedasticidad (prueba de Levene). Para los análisis intragrupo se utilizó la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas y se informan los tamaños del efecto complementarios (Cliff's delta).

Tal y como se puede ver en la tabla 2, se observó una reducción significativa entre momentos pre y post-tratamiento de los valores medios en las escalas que reportan síntomas -SA-45; HADS; PSWQ; afecto negativo del PANAS; subescala de Síntomas del OQ-45-especialmente en lo referido a las siguientes variables: (a) afecto negativo (enojo, malestar corporal, pensamientos e impulsos valorados como incontrolables por el paciente, sentimientos de inferioridad e inadecuación, angustia, tristeza, falta de motivación, baja energía vital y sentimientos de desesperanza); y (b) ansiedad, tensión, ataques de pánico, miedo, inquietud y preocupación excesiva. También se constató una disminución en los valores de algunas subescalas de la DERS que evalúa dificultades en la regulación emocional. Asimismo, en la tabla 2 se puede observar un aumento significativo de las puntuaciones medias en las escalas que evalúan emociones

positivas (afecto positivo del PANAS) y fortaleza personal percibida (ER).

Todos los participantes expresaron de manera verbal en las entrevistas pos-tratamiento su satisfacción con el programa y las condiciones de aplicación.

A partir de las instancias de evaluación de los resultados, del juicio clínico de los profesionales responsables del proceso terapéutico y del profesional externo a cargo de las entrevistas y evaluación post-tratamiento no resultó necesario al momento de la finalización del programa indicar otra intervención -farmacológica ni psicoterapéutica- a ninguno de los pacientes.

Discusión

En este artículo se presentaron los datos clínicos resultantes de la primera aplicación del Protocolo Unificado de Barlow y colaboradores (2011) para Trastornos Emocionales del espectro ansioso-depresivo en nuestro contexto. Estos resultados preliminares forman parte de un proyecto de investigación en curso, que implicó inicialmente la traducción del Manual de tratamiento y de la Guía para los terapeutas del UP (Barlow et al., 2011).

En términos generales, la proporción de pacientes que no completó la participación es consistente con otros estudios (Barlow, Gorman, Shear y Woods, 2000). Todos los pacientes evolucionaron favorablemente respecto de su estado inicial, aunque no en todas las medidas las puntuaciones diferenciales alcanzaron significación estadística. Esto coincide con estudios previos en los que se aplicó el UP. Ellard et al. (2010) presentaron los resultados de una prueba piloto de la versión inicial del manual de tratamiento que aportó evidencia para su aplicación a una amplia gama de trastornos de ansiedad y depresivos. La reducción global de la frecuencia y la severidad de los principales síndromes clínicos comórbidos en los pacientes, así como las evaluaciones pre-post-tratamiento revelaron una mejoría significativa reflejada en las puntuaciones de las escalas que describen interferencia en diversos dominios de la vida, y en las medidas de los síntomas generales de ansiedad y estado de ánimo. Por su parte, Farchione et al. (2012), Carl, Gallagher, Sauer-Zavala, Bentley y Barlow (2014) realizaron un estudio de eficacia con un grupo de 37 pacientes diagnosticados con algún trastorno de ansiedad o del humor que fueron tratados con el UP, y presentaron significativa mejoría clínica y de calidad de vida respecto del grupo control. En otro estudio longitudinal para evaluar la eficacia del UP en pacientes con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo también se obtuvieron resultados positivos significativos en las medidas de ansiedad, depresión, habilidades sociales, sexualidad y calidad de

Tabla 2. Diferencia de Medias (Test de Wilcoxon) pre - post de las medidas obtenidas (n =23)

Escala	Subescalas	Pre	Post	Pre-Post ^a	Tamaño efecto
		Media (DT)	Media (DT)	Z	Cliff's Delta
SA-45	Hostilidad	5.48 (6.33)	1.96 (2.82)	-3.180***	0.42
	Somatización	7.04 (4.94)	2.91 (3.48)	-3.286***	0.48
	Depresión	8.87 (4.53)	2.52 (3.02)	-4.110***	0.77
	Obsesivo-Compulsivo	7.04 (3.57)	2.78 (2.71)	-3.596***	0.64
	Ansiedad	9.84 (4.17)	3.78 (3.41)	-4.018***	0.73
	Sensitividad Interpersonal	6.78 (4.50)	2.57 (2.69)	-3.491***	0.56
	Ansiedad Fóbica	3.74 (4.03)	0.91 (1.31)	-3.112**	0.43
	Ideación Paranoide	6.30 (4.29)	2.00 (2.15)	-3.778***	0.63
HADS	Psicoticismo	1.87 (2.13)	0.78 (1.31)	-2.469*	0.33
	Ansiedad	11.78 (3.95)	6.30 (4.33)	-3.917***	0.66
PANAS	Depresión	7.52 (4.30)	3.74 (3.10)	-3.292***	0.50
	Afecto Negativo	32.43 (6.88)	22.83 (8.92)	-3.913***	0.59
PSWQ	Afecto Positivo	30.52 (7.50)	35.96 (6.67)	-3.091**	-0.44
	Puntaje Total	41.39 (9.88)	30.04 (11.54)	-3.682***	0.56
OQ-45	Síntomas	45.57 (12.46)	29.17 (15.019)	-4.001***	0.59
	Relaciones interpersonales	22.78 (2.77)	23.65 (2.58)	-1.423	-0.11
	Rol Social	14.48 (3.95)	15.74 (2.81)	-1.388	-0.17
ER	—	35.04 (10.75)	44.26 (9.06)	-3.582***	-0.48
DERS	Falta de aceptación emocional	15.91 (6.72)	12.48 (6.20)	-2.524*	0.31
	Interferencia de conductas dirigidas a metas	15.09 (5.36)	12.39 (5.10)	-1.750	0.26
	Dificultad en el control de los impulsos	16.17 (8.11)	11.26 (5.47)	-2.511*	0.39
	Falta de conciencia emocional	8.83 (2.56)	8.43 (2.96)	-0.471	0.06
	Falta de claridad emocional	10.26 (3.58)	9.30 (3.12)	-1.275	0.08

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. DT: Desviación típica. Cliff's delta valores estimados de la magnitud del efecto: hasta 0.15 pequeño; a partir de 0.33 mediano; a partir de 0.47 grande (Macbeth, Razumiejczyk y Ledesma, 2011).

vida (de Ornelas Maia, Nardi y Cardoso Silva, 2015). En esta línea, los datos aportados por Bullis et al., (2015) en Estados Unidos, y Osma et al. (2015) en España confirman mejoría significativa de los pacientes tratados en formato grupal, resultados que se mantienen en el seguimiento.

Si bien es necesario tomar los resultados de este estudio con prudencia dado el tamaño de la muestra y la falta de condición de grupo control, la aplicación del UP en formato grupal resultó un abordaje clínico favorable para los pacientes afectados por trastornos emocionales con predominio de síntomas clínicos de ansiedad y/o depresión que participaron en este estudio, básicamente en lo referido a la reducción sintomática y de dificultades en la regulación emocional, al aumento de afectividad positiva y de recursos de fortaleza personal autopercebidos. Estos resultados aportan datos de efectividad clínica sobre el tratamiento transdiagnóstico basado en estrategias comunes para el abordaje de la ansiedad clínica y la afectación del estado de ánimo, en la línea de la consideración de factores de orden superior comunes y genéricos presentes en una variedad de patologías comórbidas (Ellard et al., 2010).

Asimismo, estos resultados tienen relevancia científica y clínica, ya que permiten disponer de un conocimiento más adecuado sobre la efectividad de programas de intervención breve para trastornos emocionales, y de datos regionales/locales sobre la utilización de uno de los protocolos clínicos más representativos de una concepción psicopatológica dimensional en la actualidad. El UP puede ofrecer un abordaje coste-efectivo al optimizar los recursos asistenciales a nivel poblacional y la gestión de los sistemas de salud en los niveles de atención primaria y de los servicios especializados en salud mental. Su capacidad de transferencia para el entrenamiento de los terapeutas permitiría asistir a un amplio espectro de pacientes de manera simultánea (Craske et al., 2007). En el nivel teórico-clínico constituye un aporte a la conceptualización dimensional de la psicopatología, al establecer dimensiones básicas subyacentes a una variedad de problemas clínicos y generar hipótesis clínicas consistentes para dar cuenta de la elevada comorbilidad entre ansiedad y depresión.

Sin duda, la concepción transdiagnóstica presenta un claro avance sobre las limitaciones de los enfoques categoriales más clásicos, no obstante sigue pendiente poder

establecer con mayor precisión los mecanismos explicativos subyacentes y la determinación de los valores que definen la significación clínica en un esquema dimensional. Como plantea Belloch (2012) es necesario disponer de más ensayos controlados y comparados con otros tratamientos así como incrementar las muestras clínicas y el seguimiento de los pacientes, entre otros desafíos. Sigue siendo necesario establecer el alcance del UP como indicación única o complementaria a otras intervenciones en función de variables clínicas como la severidad funcional y estructural de los pacientes, el impacto de la alianza terapéutica, componente central del proceso y resultados de los tratamientos (Botella y Corbella, 2011; Etchevers, Garay, González y Simkin, 2012) y también el mantenimiento de los logros terapéuticos en el tiempo.

Finalmente, este estudio aporta datos de efectividad clínica sobre los tratamientos y sus componentes activos (Roussos, 2001) para distintos trastornos emocionales en población Argentina. Asimismo sirve como base para el diseño de dispositivos asistenciales basados en la evidencia, que sean cada vez más ajustados y tengan mayor alcance poblacional para dar respuesta a las necesidades de los pacientes.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Barrionuevo, H., Graña, D., y Silva, C. (2008). *Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental. Pautas para su implementación en Argentina*. Recuperado de <http://www.isalud.edu.ar/ediciones-serie.php>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic, second edition*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*, 205-230.
- Barlow, D. H., & Carl, J. R. (2011). The Future of Clinical Psychology: Promises, Perspectives, and Predictions. En D. H. Barlow (Ed.), *The Oxford Handbook of Clinical Psychology* (pp.891-911). New York: Oxford University Press.
- 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*. New York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S.W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 283*, 2529-2536.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17* 295-311.
- Beutler, L. E. (2004). The Empirically-validated treatments movement: A scientist-practitioner's perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 225-229.
- Beutler, L. E., & Castonguay, L. G. (2006). The Task Force on Empirically Based Principles of Therapeutic Change. En L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of Therapeutic Change That Work* (pp. 3-10). New York: Oxford University Press.
- Botella, L., y Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología, 101*, 21-33.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment, 21*, 256-271.
- 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.
- 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*, 295-321.
- Cano Vindel, A., Salguero, J. M., Mae Wood, C., Dongil, E., y Latorre, J. M. (2012). La depresión en atención primaria: Prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del Psicólogo, 33*, 2-11.
- 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*, 1426-1434.
- Castañeiras, C. E. (2009). *Escala de Recursos ER*. Documento no publicado. Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica GIEPsi. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Castellano Badenas, C., Osma, J., Crespo Delgado, E., y Fermoseille Esclapez, E. (2015). Adaptación grupal del Protocolo Unificado para el Tratamiento de los Trastornos Emocionales. *Ágora de Salud, 2*, 151-162.
- Chu, B. C., Crocco, S. T., Esseling, P., Areizaga, M. J., Lindner, A. M., & Skriner, L. C. (2016). Transdiagnostic group behavioral activation and exposure therapy for youth anxiety and depression: Initial randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 76*, 65-75.
- 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.
- Crawford, J. R. & Henry, J. D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 245-265,

- De la Parra, G., & Von Bergen, A. (2002). OQ-45.2, Questionnaire for assessing results and evolution in psychotherapy: Adaptation, validation and directions for its application and interpretation. *Terapia Psicológica, 20*, 65-80.
- De Ornelas Maia, A. C. C., Nardi, A. E., & 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.
- De Ornelas Maia, A. C. C., Azevedo Braga, A., Aparecida Nunes, C., Egidio Nardi, A., & 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*, 134-140.
- Di Nardo, P., Brown, T., & Barlow, D. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime version (ADIS-IV-L)*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Echeburúa, E., y de Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 1*, 181-204.
- Echeburúa, E., de Corral, P., y Salaberria, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 15*, 85-99.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*, 279-294
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Unified Protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*, 88-101.
- Ehrenreich, J. T., Goldstein, C. M., Wright, L. R., & Barlow, D. H. (2009). Development of a Unified Protocol for the treatment of emotional disorders in youth. *Child Family Behavior Therapy, 31*, 20-37.
- Erickson, D. H., Janeck, A. S. & Tallman, K. (2007). A cognitive-behavioral group for patients with various anxiety disorders. *Psychiatric Services, 58*, 1205-1211.
- Espejo, E. P., Castriotta, N., Bessonov, D., Kawamura, M., Werdowatz, E. A., & Ayers, C. R. (2016). A pilot study of transdiagnostic group cognitive-behavioral therapy for anxiety in a veteran sample. *Psychological Services, 13*, 162.
- Etchevers, M.; Garay, C. J., González, M. y Simkin, H. (2012). Principales Desarrollos y Enfoques sobre Alianza y Relación Terapéutica. *Anuario de Investigaciones, 19*, 225- 232.
- Farchione, T.J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M., & Barlow, D. H. (2012). The unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy, 43*, 666-678.
- Ferro García, R., y Vives Montero, M. C. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panace, 5*, 97-99.
- Fogliati, V., Dear, B., Staples, L., Terides, M., Sheehan, J., Johnston, L., Kayrouz, R., Dear, R., McEvoy, P. M., & Titov, N. (2016). Disorder-specific versus transdiagnostic and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for panic disorder and comorbid disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders, 39*, 88-102
- Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S. E., Carl, J. R., Bullis, J. R., 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*, 57-72.
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M. & Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 21*, 147-175.
- Gerth, J. (2014). Några månaders skillnad jämförelse mellan före och efter en psykologisk gruppbehandling enligt metoden Unified Protocol. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2077/37025>
- Gratz, K. M. & Roemer, L. (2004) Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 41-54.
- Grill, S. S. & Castañeiras, C. E. (2013) Estado Actual de los Desarrollos transdiagnósticos para trastornos emocionales. En A. Trimboli, G. Christodoulou, D. Wan, E. Grande, S. Raggi, J. C. Fantin, P. Fridman, J. Mezzich, G. Bertran, & N. Christodoulou, *Salud Mental. Interdisciplina e Inclusión Social como ejes de intervención (Tomo 1)* (pp. 41-43). Buenos Aires: AASM.
- Grill, S. S., Posada, M. C., Galarza, A. L., & Castañeiras, C. E. (2011). Estados Emocionales y síntomas clínicos: un estudio empírico en población general. En A. Trimboli, J. C. Fantin, S. Raggi, P. Fridman, A. Grande, & G. Bertran, *Sexo y poder. Clínica, Cultura y Sociedad* (pp. 133-135). Buenos Aires: AASM.
- Hirschfeld, R. M., Williams, J. B., Spitzer, R. L., Calabrese, J. R., Flynn, L., Keck, P. E. Jr., Lewis, L., McElroy, S. L., Post, R. M., Rappaport, D. J., Russell, J. M., Sachs G. S., & Zajecka, J. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *American Journal Psychiatry, 157*, 1873-1875.
- Ito, M., Horikoshi, M., Kato, N., Oe, Y., Fujisato, H., Nakajima, S., Kanie, A., Miyamae, M., Takebayashi Y., Horita, R., Usuki, M., Nakagawa, A., & Ono Y. (2016). Transdiagnostic and transcultural: Pilot study of unified protocol for depressive and anxiety disorders in Japan. *Behavior therapy, 47*, 416-430.
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en Psicología Clínica*. México: Prentice Hall.
- Labrador, F. J.; Estupiñá, F. J., & García Vera, M. P. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema, 22*, 619-626.
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (6th ed)*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., & Burlingame, G. M. (1996). The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 3*, 249-258.
- Leyfer, O., & Brown, T. A. (2011). The Anxiety-Depression Spectrum. En D. H. Barlow (Ed.), *The Oxford Handbook of Clinical Psychology* (pp. 279-293). New York: Oxford University Press.
- Macbeth, G., Razumiejczyk, E. & Ledesma, R. D. (2011). Cliff's Delta Calculator: A non-parametric effect size program for two groups of observations. *Universitas Psychologica, 10*, 545-555.

- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E.R., & Shafran, R. (2008). Cognitive Behavioral Processes Across Psychological Disorders: A Review of the Utility and Validity of the Transdiagnostic approach. *International Journal of Cognitive Therapy, 1*, 181-191.
- McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 23*, 20-33.
- McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2012). *Dissemination and implementation of evidence-based interventions*. New York: Oxford University Press.
- Medrano, L., Moretti, L., Ortiz, A., & Pereno, G. (2013). Validación del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva en Universitarios de Córdoba, Argentina. *Psyche, 22*, 84-96.
- Meyer, T., Miller, M., Metzger, R., & Borkovec, T. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 487-495.
- Moreno, E., & Moriana, J. A. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental, 35*, 315-318.
- Moriondo, M., Palma, P., Medrano, L. A., y Murillo, P. (2012). Adaptación de la Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS) a la población de adultos de la ciudad de Córdoba: Análisis psicométricos preliminares. *Universitas Psychologica, 11*, 187-196.
- Mullin, A., Dear, B. F., Karin, E., Wootton, B. M., Staples, L. G., Johnston, L., Titov, N. (2015). The Uni Wellbeing course: A randomized controlled trial of a transdiagnostic internet-delivered cognitive behavioral therapy (CBT) programme for university students with symptoms of anxiety and depression. *Internet Interventions, 2*, 128-136.
- Mustaca, A. E. (2004). Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología, 36*, 11-20.
- Norton, P. J. (2012). A randomized clinical trial of transdiagnostic cognitive-behavioral treatments for anxiety disorder by comparison to relaxation training. *Behavior Therapy, 43*, 506-517.
- 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.
- Organización Mundial de la Salud (2017). Trastornos mentales. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2013). WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21325&Itemid=
- Organización Panamericana de la Salud (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 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. *Behavioral Psychology, 23*, 447-466.
- Roussos, A. J. (2001). Investigación empírica en Psicoterapia en la Argentina. Panorama actual, métodos y problemas. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, 12*, 179-187.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., y Lostao, L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 14*, 107-122.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., y Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema, 20*, 290-296.
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*, 185-203.
- Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Wilner, J. G., & Barlow, D. H. (2015). Transdiagnostic treatment of borderline personality disorder and comorbid disorders: A clinical replication series. *Journal of personality disorders, 29*, 179.
- Spring, B., & Neville, K. (2011). Evidence-based Practice in Clinical Psychology. En D.H. Barlow (Ed.), *The Oxford Handbook of Clinical Psychology* (pp. 128- 149). New York: Oxford University Press.
- Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Pastor, M. A., y Reig, M. T. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en población española. *Ansiedad y Estrés, 13*, 163-176.
- Titov, N., Fogliati, V. J., Staples, L. G., Gandy, M., Johnston, L., Wootton, B., Nielssen, O., & Dear, B. F. (2016). Treating anxiety and depression in older adults: Randomised controlled trial comparing guided v. self-guided internet-delivered cognitive-behavioral therapy. *British Journal of Psychiatry Open, 2*, 50-58.
- Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Bulbena, A., Chamorro, L., Ramos, J. L., Artal, J., Oliveras, M. A., Valle, J., Lahuerta, L., & Angst, J. (2007). Cross validation with the mood disorder questionnaire (MDQ) of an instrument for the detection of hypomania in Spanish: The 32 item hypomania symptom check list (HCL-32). *Journal of Affective Disorders, 101*, 43-55.
- Vöhringer P, Medina S, Alvear K, Espinosa C, Ruimallo P, Alexandrovich K, Leiva, F., Hurtado, M. E., & Cabrera, J. (2008). Estudio chileno de validación de la escala Mood Disorder Questionnaire (MDQ). *Rev. GPU, 4*, 339-344
- Watkins, E., Moberly, N. J., & Moulds, M. L. (2008). Processing mode causally influences emotional reactivity: Distinct effects of abstract versus concrete construal on emotional response. *Emotion, 8*, 364-378.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin, 96*, 465-490.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070.
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(4), 522-536.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*, 361-370.

