

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 Torbar 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).

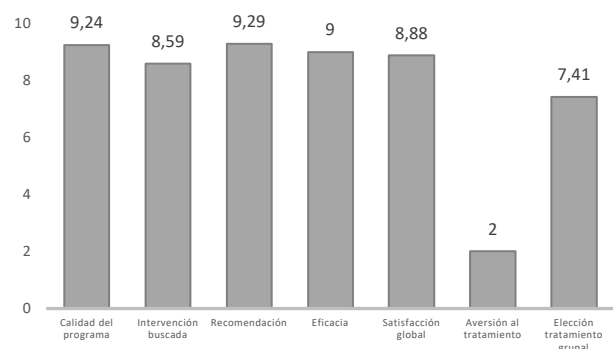


Tabla 3

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

	Medida Pre		Medida Post		p
	M	DT	M	DT	
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 mejoría 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 Osmá, 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., Lennox-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., 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. *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>