

Efectividad del Protocolo Unificado en síntomas de ansiedad y depresión en adultos mexicanos.

Effectiveness of the unified protocol on symptoms of anxiety and depression in Mexican adults.

Horacio Balám Álvarez-García^a

Abstract:

Emotional disorders, such as anxiety and depression, represent a public health problem worldwide due to the impact they have on the quality of life of the people who suffer from them. Clinical psychology began to develop various interventions for the specific treatment of each of them. However, research and clinical practice have shown the practical limitations that this entails. Due to this, various research groups began to develop transdiagnostic interventions such as the Unified Protocol (UP) to overcome these limitations. Objective: This article reports the effectiveness of the PU in face-to-face mode in users of a civil association (n=3) who presented symptoms of anxiety and depression. Method: An intrasubject design was carried out with pre-and post-treatment measurements and visual inspection. The instruments used were the PHQ-9, GAD-7, DERS-E, ODIS and OASIS. An analysis was performed through the objective clinical change (OCC). Results: A decrease in the scores was observed in the three participants in the PHQ-9, GAD-7, and DERS-E, compared with the downward trend in the ODIS and OASIS scores. Conclusion: The intervention was clinically significant for the participants and evidenced the flexibility in applying the UP. However, the main limitations were the sample size, the lack of instruments measuring aspects of personality, a dimension used in other research as an indicator of change, and a follow-up evaluation.

Keywords:

Unified Protocol, Emotional Disorders, Transdiagnostic, Neuroticism.

Resumen:

Los trastornos emocionales, como ansiedad y depresión, representan un problema de salud pública a nivel mundial debido al impacto que tienen en la calidad de vida de las personas que lo padecen. La psicología clínica, comenzó a desarrollar diversas intervenciones para el tratamiento específico de cada uno de ellos. Sin embargo, la investigación y la práctica clínica han evidenciado las limitaciones prácticas que conlleva. Debido a ello, diversos grupos de investigación comenzaron a desarrollar intervenciones transdiagnósticas como lo es el Protocolo Unificado (PU) para superar estas limitaciones. Objetivo: en el presente artículo se reporta la efectividad del PU en modalidad presencial en usuarios de una asociación civil (n=3) que presentaban síntomas de ansiedad y depresión. Método: se realizó un diseño intrasujetos con medidas pre y post tratamiento e inspección visual. Los instrumentos utilizados fueron el PHQ-9, GAD-7, DERS-E, ODIS y OASIS. Se realizó un análisis a través del cambio clínico objetivo (CCO). Resultados: se observó una disminución en los puntajes en los tres participantes en el PHQ-9, GAD-7, DERS-E, lo cual se comparó con la tendencia a la baja en los puntajes de ODIS y OASIS. Conclusión: la intervención fue clínicamente significativa para los participantes y evidencia la flexibilidad en la aplicación del PU, sin embargo, las principales limitaciones fueron el tamaño de la muestra, el no contar con instrumentos que midieran aspectos de personalidad, dimensión que ha sido utilizada en otras investigaciones como indicador de cambio y una evaluación de seguimiento.

Palabras Clave:

Protocolo Unificado, Trastornos Emocionales, Transdiagnóstico, Neuroticismo.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad y depresión se perfilan como los trastornos de mayor prevalencia a nivel mundial (3.1%), se estima que los costos que genera el análisis, detección y tratamiento es cercano a los 125,3 millones de dólares, lo que los ha convertido en un problema de salud pública (GBD 2019; Mental Disorders Collaborators, 2022). Dentro de las estadísticas mundiales, se reporta que existen 45,82 millones de personas que padecen un trastorno emocional, siendo 28,68 millones los casos de ansiedad (Yang et al., 2021) y 25,8 millones de depresión (Liu, et al., 2020).

Actualmente la psicología clínica presenta una extensa lista de tratamientos eficaces para el manejo de los trastornos de ansiedad y depresión, sin embargo, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC; Carpenter et al., 2018) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Ost, 2014) son los tratamientos con mayor respaldo empírico (Zhang et al., 2019). Debido a la alta comorbilidad entre trastornos hizo que los tratamientos se enfocarán en componentes centrales y transdiagnósticos, que permitieran dar un tratamiento más flexible e ideográfico (Sauer-Zavala, et al., 2017). En este marco, el Protocolo Unificado (PU) para los trastornos emocionales (TE) es una nueva alternativa que se ha presentado

^a Corresponding author, Universidad Nacional Autónoma de México, <https://orcid.org/0000-0001-9533-2515>, Email: hbgarcia_mosh11@hotmail.com

como prometedora en los últimos 10 años (Barlow et al., 2016; Ellard et al., 2010).

Los TE son una categoría transdiagnóstica que engloba a la ansiedad y a la depresión; se caracterizan por tres elementos: 1) Experimentar las emociones de forma negativa, 2) Presentar reacciones aversivas hacia las experiencias emocionales y 3) Evitar o suprimir las experiencias emocionales como formas de regulación (Bullis et al., 2019). El modelo de triple vulnerabilidad propone que el origen de estos problemas se centra en la interacción de tres dimensiones, la vulnerabilidad biológica generalizada asociada con el temperamento (dividido en neuroticismo y la extraversión), la vulnerabilidad psicológica generalizada relacionada con percepción de acontecimientos emocionales como impredecibles e incontrolables y por último la vulnerabilidad psicológica específica en la cual se genera un aprendizaje asociativo entre una situación u objeto específico con la emoción desagradable (ansiedad por ejemplo) generando estrategias de evitación (Barlow et al., 2014; Sauer-Zavala & Barlow, 2021). Este modelo ha mostrado consistencias en los perfiles epidemiológicos de diversos trastornos de ansiedad (Raines et al., 2016; Ranjbari et al., 2018) dando un marco amplio para su adopción en la salud pública (Lahey, 2009).

Bajo este modelo etiológico, los TE tienen como característica principal el déficit en la regulación emocional, entiendo esta última como el conjunto de estrategias que modulan la intensidad, duración, expresión y aparición de las emociones (McRae & Gross, 2020). Por lo que, el PU tendrá como objetivos: 1) Enseñar el valor adaptativo de las emociones, 2) Definir y modificar las estrategias de evitación que disminuyen el malestar emocional y 3) Aumentar la tolerancia al malestar emocional. Para lograr estos objetivos, el tratamiento se divide en ocho módulos (Ver tabla 1) impartidos entre 12 a 15 sesiones con una frecuencia semanal (Barlow et al., 2011).

Tabla 1.

Módulos del Protocolo Unificado

N	Nombre	Objetivo	Técnica
1	Establecimiento de objetivos y manteniendo la motivación.	Ayudar al paciente a identificar los logros que desea obtener en el tratamiento, además se identifica el nivel de motivación con el que cuenta.	Formato de registro Balance decisional.

N	Nombre	Objetivo	Técnica
2	Comprendiendo las emociones.	Se enseña al paciente a identificar y descomponer su respuesta en tres elementos (pensamiento, emoción, conducta) y observar las consecuencias a corto y largo plazo	Formato de registro ARCO.
3	Conciencia emocional plena.	Se enseña al paciente a utilizar la conciencia plena como una estrategia para no etiquetar su experiencia emocional.	Meditación. Inducción a la conciencia plena. Anclarse en momento presente
4	Flexibilidad cognitiva.	Enseñar al paciente a identificar su patrón de pensamiento asociado a la experiencia emocional con la finalidad de desarrollar otros patrones de pensamiento más funcionales.	Ejercicio de la imagen ambigua. Psicoeducación en pensamientos automáticos. Registro de práctica de flexibilidad cognitiva.
5	Oponiéndose a las conductas emocionales.	Enseñar al paciente a identificar el patrón de respuestas emocionales evitativo y generar nuevas conductas alternativas.	Lista de conductas emocionales. Registro de acciones alternativas.
6	Comprender y afrontar las sensaciones físicas.	Se enseña a los pacientes a identificar las sensaciones físicas asociadas a las emociones para desarrollar tolerancia a las mismas.	Test de sensaciones físicas. Exposiciones interoceptivas.
7	Exposiciones emocionales.	Se enseña a los pacientes a identificar desencadenantes internos y externos de las respuestas emocionales con la finalidad de que incrementen tolerancia a las mismas.	Jerarquía de exposición. Exposición en vivo o imaginación.

N	Nombre	Objetivo	Técnica
8	Reconocer tus logros y mirar hacia el futuro.	Se enseña al paciente a identificar nuevos escenarios que desencadenen una respuesta emocional y diseñen planes de afrontamiento a las mismas.	Evaluación del progreso. Plan de práctica.

Nota. ARCO es un acrónimo usado en el registro para que el paciente registre el antecedente (A) los tres elementos de respuesta (R) y las consecuencias a corto y largo plazo (CO).

Este es un entrenamiento en análisis funcional para el paciente. Una de las ventajas que se ha observado en la implementación del PU es que el terapeuta puede ajustar el número de sesiones que se requieran para cada módulo de acuerdo con las necesidades del paciente, un ejemplo es la adaptación realizada en pacientes con alto riesgo de desarrollo de psicosis (Peláez et al., 2022). Aunado a ello, se reporta que la forma de administrar puede ser en formato presencial (uno a uno o en grupo) o a través de teleconsulta, encontrándose resultados similares (Osma et al., 2021; Schaeuffele et al., 2022).

Con este antecedente, el presente trabajo tuvo como propósito evaluar la efectividad del PU aplicado a tres personas con síntomas de ansiedad y depresión. Como objetivo secundario se buscó mostrar la diferencia entre los módulos administrados a cada uno de los consultantes.

MÉTODO

Diseño de investigación

El presente estudio es cuantitativo intrasujeto con mediciones pretratamiento y postratamiento (Ato-García & Vallejo-Seco, 2015).

Participantes

La muestra fue no probabilística por conveniencia y estuvo compuesta por tres participantes, dos mujeres y un hombre; el rango de edad era de 31 a 47 años, todos presentaban antecedentes de sintomatología de ansiedad y depresión de acuerdo con las copias de expedientes clínicos que fueron proporcionados por un centro de salud de primer nivel. Eran originarios de la ciudad de México y no estaban recibiendo algún tratamiento farmacológico (Ver tabla 2).

Instrumentos

•Cuestionario sobre la salud del paciente 9 (PHQ-9). Instrumento auto aplicable que evalúa la presencia y severidad de síntomas depresivos. Está conformado por nueve reactivos en escala Likert que va de 0 (nada en absoluto) a 3 (casi todos los días). La evaluación consta de la sumatoria de los puntajes de cada reactivo teniendo un rango de 0 a 27. Estos puntajes se interpretan de 0 a 5 (leve), 6 a 10 (moderado), 11 a 15 (moderadamente severo) y 16 a 27 (severo). Dentro de sus propiedades psicométricas, la versión mexicana cuenta con una

consistencia interna alta con un alfa de Cronbach de 0.89 (Familiar et al., 2015).

Tabla 2.
Datos sociodemográficos

Datos	Participantes		
	1	2	3
Sexo	Mujer	Hombre	Mujer
Edad	31	47	39
Estado civil	Soltera	Casado	Unión libre
Ocupación	Comerciante	Auxiliar de almacén	Ama de casa
Nivel escolar	Preparatoria	Preparatoria	Preparatoria

•Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7). Cuestionario auto aplicable que evalúa la presencia y severidad de síntomas de ansiedad generalizada. Está conformado por siete reactivos en escala Likert que va de 0 (nada en absoluto) a 3 (casi todos los días). La evaluación consta de la sumatoria de los puntajes de cada reactivo teniendo un rango de 0 a 21. Se interpreta que una puntuación mayor a 10 se considera como ansiedad generalizada. Dentro de sus propiedades psicométricas, la versión traducida al español cuenta con una consistencia interna alta con un alfa de Cronbach de 0.80 (García-Campayo et al., 2010). Siendo utilizada en estudios previos en población mexicana (Gaitán-Rossi et al., 2021).

•Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-E). Cuestionario auto aplicable que evalúa el nivel de regulación emocional. Está conformada por cuatro factores: A) no aceptación de respuestas emocionales, B) dificultad para dirigirse a metas, C) falta de conciencia emocional, y D) claridad emocional. Tiene un total de 24 reactivos en escala Likert que van de “Casi nunca” a “Casi siempre”. Dentro de las propiedades psicométricas, la versión traducida y adaptada a México mostró un alfa de Cronbach de 0.85 (Marín-Tejeda et al., 2012).

•Escala General de Gravedad y Deterioro de la Ansiedad (Overall Anxiety Severity and Impairment Scale, por sus siglas en inglés OASIS). Cuestionario auto aplicable que evalúa la interferencia, frecuencia, intensidad e interferencia laboral y social de los síntomas ansiosos. Está compuesta por 5 reactivos en escala Likert que van de 0 (No me sentía ansioso) a 4 (Ansiedad constante). Para la interpretación se hace una sumatoria total, puntajes altos se interpretan como mayor severidad y deterioro. Dentro de las propiedades psicométricas, la versión traducida y adaptada al español mostró un alfa de Cronbach de 0.87 (Osma et al., 2019).

•Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS)

Cuestionario auto aplicable que evalúa la interferencia, frecuencia, intensidad e interferencia laboral y social de los síntomas depresivos. Está compuesta por 5 reactivos en escala Likert que van de 0 (No me sentía deprimido) a 4 (Depresión constante). Para la interpretación se hace una sumatoria total, puntajes altos se interpretan como mayor severidad y deterioro. Dentro de las propiedades psicométricas, la versión traducida y adaptada al español mostró un alfa de Cronbach de 0.94 (Osma et al., 2019).

Procedimiento

Se contactó con una organización civil de la ciudad de México que se dedica a gestionar apoyo de vivienda a personas de escasos recursos. Se les ofreció el servicio de psicoterapia de forma gratuita a usuarios que presentaran síntomas de ansiedad y depresión. Para ello se brindaron dos pláticas informativas sobre el proyecto, al finalizar se repartían los datos del terapeuta para mayores informes. Derivado de estas pláticas, ocho usuarios solicitaron el servicio, sin embargo, solo tres accedieron a brindar sus datos para la investigación.

La intervención estuvo a cargo de un psicólogo clínico con grado de maestría en terapia cognitivo conductual y formó parte del proceso de supervisión a cargo de un Doctor en psicología certificado en PU; tuvo un total de 17 sesiones divididas en una sesión de evaluación inicial (pre), 15 sesiones de PU (Barlow et al., 2011a) y una sesión de evaluación final (post).

Derivado de la formulación de caso hecha después de la sesión uno, el PU fue adaptado a las características de los tres participantes. La participante uno presentaba pensamientos repetitivos en exceso dentro de sus experiencias emocionales, por lo que los módulos tres y cuatro tuvieron mayor número de sesiones con el objetivo de brindar estrategias que ayudarán a disminuirlos. Por otra parte, el participante dos mostraba exceso de conductas emocionales, por lo que se dedicó más tiempo al módulo cinco con el objetivo de trabajar las acciones alternativas, que tuvieran consecuencias adaptativas a largo plazo. Finalmente, la participante tres mostraba experiencias emocionales aversivas en múltiples contextos, por lo que se dedicó más tiempo a la creación de jerarquías y la subsecuente exposición, dentro del módulo siete (Ver tabla 3).

Análisis de datos.

Se decidió utilizar el Índice de Cambio Clínico Objetivo (CCO) expresado en porcentaje (Cardiel, 1994) para comparar los puntajes obtenidos en las escalas PHQ-9, GAD-7 y DERS-E. Dichos contrastes se realizaron entre pre y post. Se recomienda para evaluar la significancia clínica de los efectos de un tratamiento psicológico, la forma en que se obtiene es calculando la diferencia entre el post y la pre dividida entre esta última, indicando que un porcentaje \geq al 20% es clínicamente significativo. Además de estos análisis, se utilizó la inspección visual del OASIS y ODSIS en concordancia con su uso en los estudios previos (Osma López, 2019).

Tabla 3.

Adaptación del PU.

Paciente	Módulo	Número de sesiones
1-Mujer	Conciencia emocional plena.	3
	Flexibilidad cognitiva.	3
2-Hombre	Oponiéndose a las conductas emocionales	4
3-Mujer	Exposiciones emocionales	5

RESULTADOS

En lo que respecta a los puntajes obtenidos en los cuestionarios se observa un decremento general en las tres escalas de todos los participantes, el CCO muestra un porcentaje clínicamente significativo en los síntomas de ansiedad y depresión, sin embargo, se observa que en la regulación emocional el porcentaje es ligeramente superior al 20%.

De manera individual, podemos observar por ejemplo que la participante 1 tuvo un decremento de 7 puntos en el GAD-7 (Pre=12, Post=5), pasando de tener síntomas de ansiedad moderados a leves. Así mismo, el participante 2 presentó una disminución en el DERS-E de 30 puntos (Pre=125, Post= 95), lo cual se asocia con una mejoría en el proceso de regulación emocional, lo cual concuerda con la adaptación de las sesiones de PU realizadas (ver tabla 4).

Tabla 4.
Resultados del PU en los participantes.

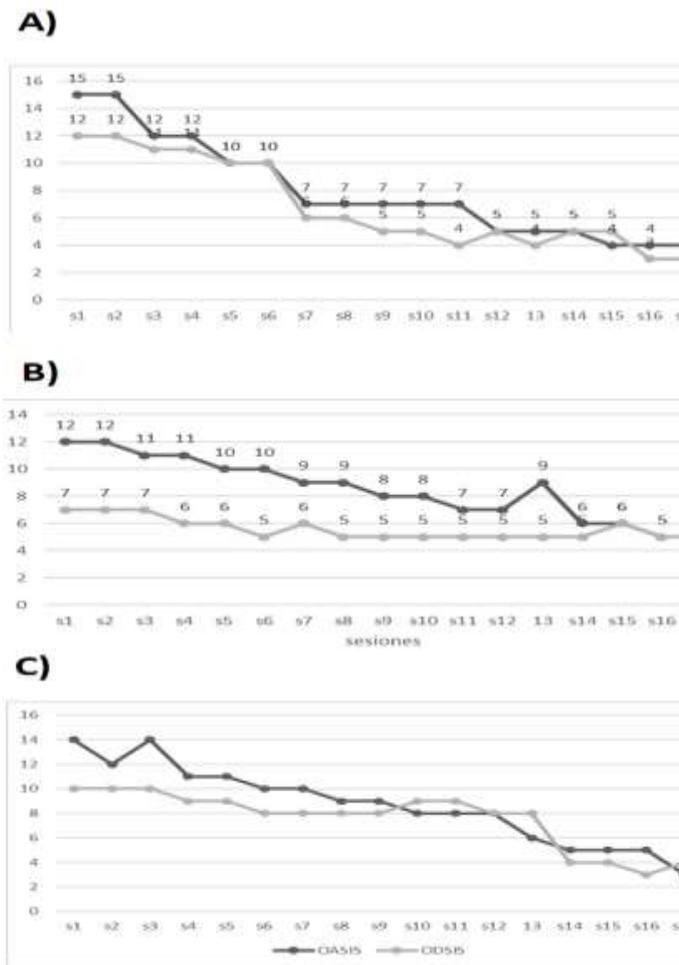
Participante	1			2			3		
	Pre	Post	% CCO	Pre	Post	% CCO	Pre	Post	% CCO
PHQ-9	17	9	88	15	10	50	24	14	71
GAD-7	12	5	71	14	8	75	18	8	80
DERS-E	99	74	33	125	95	33	86	70	22

En lo referente a la inspección visual hecha en los registros del ODSIS y OASIS (Ver figura 1), se observa una tendencia a la baja en los tres participantes, sin embargo, en el caso del participante dos se observa un incremento en la sesión final, sin llegar a los niveles de las primeras sesiones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Bajo estos resultados se puede observar que los participantes tuvieron una mejoría general en los síntomas de ansiedad y depresión, además de que mejoraron sus habilidades de regulación emocional en comparación con el inicio del tratamiento, esto es concordante con los datos observados en dos estudios previos realizados en México (Domínguez-Rodríguez et al., 2020; de la Rosa-Gómez et al., 2022).

Figura 1
Puntajes del ODSIS y OASIS.



Nota: A) Participante 1, B) Participante 2 y C) Participante 3

Aunado a ello, no se observaron limitaciones en la aplicación y los participantes se mostraron cómodos con el tratamiento debido a su estructura y claridad en los objetivos a trabajar; esto es importante, ya que se ha reportado previamente que, a pesar de las ventajas del formato grupal, el PU es más aceptado en el formato individual (Osma, et al., 2018).

Sin embargo, debido a que la muestra no fue muy amplia los datos presentados deben ser tomados con cautela, ya que no presentan análisis estadísticos fuertes o más instrumentos de medición que permitan mostrar una mejor significativa, como se mostró en personalidad esquizoide (Osma et al., 2018) y trastorno por estrés postraumático (Kato et al., 2021). Otro elemento importante es que no se aplicó ninguna evaluación que permitiera conocer el temperamento de los pacientes (neuroticismo/extraversión), y los cambios que pudieran haberse generado debido al PU, mismo que ya se ha reportado en la actualidad (Zemestani et al., 2022).

Como podemos observar, el PU resultó ser un tratamiento flexible y efectivo para el manejo de los síntomas de ansiedad, depresión y ayudó a mejorar las estrategias de regulación emocional. Sin embargo, los futuros estudios deberán de incluir evaluaciones asociadas con el temperamento, además de ello se debe buscar ampliar la muestra o bien realizar un diseño de caso

con mayor rigurosidad metodológica, por ejemplo; diseño de línea base múltiple. Finalmente, se considera que el presente trabajo ayudará a los psicólogos clínicos a tener un primer acercamiento al PU y les permitirá conocer las modificaciones necesarias al momento de aplicarlo.

Financiamiento

El presente estudio no contó con ningún tipo de financiamiento.

Conflicto de intereses

El autor no presenta ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

Ato-García, M., & Vallejo-Seco, G. (2015). Diseños de investigación en psicología. Pirámide.

Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2016). Toward a unified treatment for emotional disorders-Republished Article. Behavior therapy, 47(6), 838–853. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.005>

Barlow, D.H., Ellard, K. K., Fairholme, C., Farchione, T. J., Boisseau, C., Allen, L., & Ehrenreich-may, J. (2011a). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Work-book. Oxford University Press.

Barlow, D. H., Ellard, K. K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J. R., & Carl, J. R. (2014). The origins of neuroticism. Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science, 9(5), 481–496. <https://doi.org/10.1177/1745691614544528>

Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B., & Ehrenreich-May, J. (2011). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: therapist guide. Oxford University Press.

Bullis, J.R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T.J., & Barlow, D.H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. Clinical Psychology Science and Practice, 26: e12278. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12278>

Cardiel, R. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.): Epidemiología clínica (pp. 189-199). Interamericana-McGraw-Hill.

Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Depression and anxiety, 35(6), 502–514. <https://doi.org/10.1002/da.22728>

De la Rosa-Gómez, A., Flores-Plata, L. A., Esquivel-Santoveña, E. E., Santillán Torres Torija, C., García-Flores, R., Domínguez-Rodríguez, A., Arenas-Landgrave, P., Castellanos-Vargas, R. O., Berra-Ruiz, E., Silvestre-Ramírez, R., Miranda-Díaz, G. A., Díaz-Sosa, D. M., Hernández-Posadas, A., Flores-Elvira, A. I., Valencia, P. D., & Vázquez-Sánchez, M. F. (2022). Efficacy of a transdiagnostic guided internet-delivered intervention for emotional, trauma and stress-related disorders in Mexican population: study protocol for a randomized controlled trial. BMC psychiatry, 22(1), 537. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04132-6>

Domínguez-Rodríguez, A., Chavez-Valdez, S. M., Avitia, G. C., & Valencia-Espinoza, L. C. (2020). Unified protocol for anxiety disorders in two cities of Mexico measuring gamma activity: Study protocol for a

- randomized controlled trial. Contemporary clinical trials communications, 18, 100556. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2020.100556>
- 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(1), 88–101. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.002>
- Familiar, I., Ortiz-Panozo, E., Hall, B., Vieitez, I., Romieu, I., Lopez-Ridaura, R., & Lajous, M. (2015). Factor structure of the Spanish version of the Patient Health Questionnaire-9 in Mexican women. *International journal of methods in psychiatric research*, 24(1), 74–82. <https://doi.org/10.1002/mpr.1461>
- Gaitán-Rossi, P., Pérez-Hernández, V., Vilar-Compte, M., & Teruel-Belismelis, G. (2021). Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud Pública De México*, 63(4), 478-485. <https://doi.org/10.21149/12257>
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., . . . Rojas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and quality of life outcomes*, 8, 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The lancet. Psychiatry*, 9(2), 137–150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- Kaczurkin, A. N., & Foa, E. B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 337–346. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/akaczurkin>
- Kato, N., Ito, M., Matsuoka, Y. J., Horikoshi, M., & Ono, Y. (2021). Application of the Unified Protocol for a Japanese Patient with Post-Traumatic Stress Disorder and Multiple Comorbidities: A Single-Case Study. *International journal of environmental research and public health*, 18(21), 11644. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111644>
- Lahey B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *The American psychologist*, 64(4), 241–256. <https://doi.org/10.1037/a0015309>
- Liu, Q., He, H., Yang, J., Feng, X., Zhao, F., & Lyu, J. (2020). Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *Journal of psychiatric research*, 126, 134–140. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.08.002>
- Marín-Tejeda, M., Robles-García, R., González-Forteza, C., & Andrade-Palos, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35(6), 521-526. Retrieved from http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1510
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion (Washington, D.C.)*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/emo0000703>
- Osma López, J. J. (2019). *Aplicaciones del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de la disregulación emocional*. Alianza editorial.
- Osma, J., Martínez-García, L., Peris-Baquero, Ó., Navarro-Haro, M. V., González-Pérez, A., & Suso-Ribera, C. (2021). Implementation, efficacy and cost effectiveness of the unified protocol in a blended format for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: a study protocol for a multicentre, randomised, superiority controlled trial in the Spanish National Health System. *BMJ open*, 11(12), e054286. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054286>
- Osma, J., Quilez-Orden, A., Suso-Ribera, C., Peris-Baquero, O., Norman, S. B., Bentley, K. H., & Sauer-Zavala, S. (2019). Psychometric properties and validation of the Spanish versions of the overall anxiety and depression severity and impairment scales. *Journal of affective disorders*, 252, 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.063>
- Osma, J., Sánchez-Gómez, A., & Peris-Baquero, Ó. (2018). Applying the unified protocol to a single case of major depression with schizoid and depressive personality traits. *Psicothema*, 30(4), 364–369. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.41>
- Osma, J., Suso-Ribera, C., García-Palacios, A., Crespo-Delgado, E., Robert-Flor, C., Sánchez-Guerrero, A., Ferreres-Galan, V., Pérez-Ayerra, L., Malea-Fernández, A., & Torres-Alfosea, M. Á. (2018). Efficacy of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in the Spanish public mental health system using a group format: study protocol for a multicenter, randomized, non-inferiority controlled trial. *Health and quality of life outcomes*, 16(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0866-2>
- Ost L. G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, 61, 105–121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>
- Peláez, T., López-Carrillero, R., Ferrer-Quintero, M., Ochoa, S., & Osma, J. (2022). Application of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of comorbid emotional disorders in patients with ultra-high Frontiers in psychology, 13, 976661. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.976661>
- Raines, A. M., Oglesby, M. E., Allan, N. P., Short, N. A., & Schmidt, N. B. (2016). Understanding DSM-5 Hoarding Disorder: A Triple Vulnerability Model. *Psychiatry*, 79(2), 120–129. <https://doi.org/10.1080/00332747.2016.1167474>
- Ranjbari, T., Karimi, J., Mohammadi, A., & Norouzi, M. R. (2018). An evaluation of the contributions of the triple vulnerability model to the prediction of emotional disorders. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 23(4), 408–423. <https://doi.org/10.29252/nirp.ijpcp.23.4.408>
- Sauer-Zavala, S & Barlow, D. H (2021). *Neuroticism. A new framework for emotional disorders and their treatment*. The Guilford Press.
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R., & Barlow, D. H. (2017). Current Definitions of "Transdiagnostic" in Treatment Development: A Search for Consensus. *Behavior therapy*, 48(1), 128–138. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>
- Schaeffele, C., Homeyer, S., Perea, L., Scharf, L., Schulz, A., Knaevelsrud, C., Renneberg, B., & Boettcher, J. (2022). The unified protocol as an internet-based intervention for emotional disorders: Randomized controlled trial. *PloS one*, 17(7), e0270178. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270178>
- Yang, X., Fang, Y., Chen, H., Zhang, T., Yin, X., Man, J., Yang, L., & Lu, M. (2021). Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 30, e36. <https://doi.org/10.1017/S2045796021000275>
- Zemestani, M., Ommati, P., Rezaei, F., & Gallagher, M. W. (2022). 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*, 13(2), 171–181. <https://doi.org/10.1037/per0000482>

Zhang, A., Borhneimer, L. A., Weaver, A., Franklin, C., Hai, A. H., Guz, S., & Shen, L. (2019). Cognitive behavioral therapy for primary care depression and anxiety: a secondary meta-analytic review using robust variance estimation in meta-regression. *Journal of behavioral medicine*, 42(6), 1117–1141. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00046-z>