

Comparación de tratamientos cognitivo-conductuales y protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales (PU) para depresión en adultos chilenos

Autor:

Vicente Fernando Villate Espinoza

Tutor:

Marcela Cárcamo

Fecha de Defensa:

21.04.2023

**XVII CONCURSO NACIONAL DE PROYECTOS DE
INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD
FONIS 2020**

TÍTULO DEL PROYECTO

Comparación de tratamientos cognitivo-conductuales y protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales (PU) para depresión en adultos chilenos.

RESUMEN

Chile es un país con altas tasas de prevalencia en enfermedades de salud mental, siendo la depresión la de mayor incidencia con valores superiores al 15% en la población. La pandemia ha afectado negativamente la salud mental de los chilenos, generando un gasto extra para el bolsillo de los particulares y para los programas estatales. Pese a los esfuerzos realizados por instituciones públicas y privadas, la salud mental sigue teniendo un acceso restringido en la población, alcanzando coberturas de solo un 20%, con listas de espera y tiempos de atención que hacen poco eficiente el tratamiento de estas patologías.

Es de prioridad sanitaria que los sistemas estatales y privados cuenten con intervenciones que permitan estabilizar a los pacientes con depresión de forma rápida y efectiva. La literatura ha mostrado que las terapias cognitivo-conductuales (TCC) poseen la evidencia más favorable en el tratamiento de la depresión. Actualmente existen nuevas terapias que podrían ser mejores en el proceso de tratamiento, así el "Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales" (PU) ha mostrado ser efectivo y su formato de manual "paso a paso" lo hace sencillo de aplicar. Investigaciones preliminares han señalado que el PU tiene valores comparativos a los tratamientos cognitivo-conductuales y que generaría una recuperación más rápida y de mayor duración post tratamiento que las TCC.

Se propone un estudio analítico experimental de diseño ensayo clínico aleatorio con dos grupos, se tendrá un grupo intervención que será tratado con el PU y un grupo control que recibirá la TCC. Los cambios en la sintomatología serán evaluados en distintos tiempos de la terapia con el "*Beck Depression Inventory*" en su segunda versión, traducida al español. Se controlará por variables de sexo, medicamentos y comorbilidades psiquiátricas para evaluar su impacto en el rendimiento de las terapias.

La integración de la terapia PU en el sistema de salud estatal y privado podría permitir una rotación de pacientes más rápida al tardar menos sesiones en estabilizar, permitiendo una cobertura más eficiente de la demanda en salud mental.

1. RELEVANCIA DEL TEMA Y CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

1. RELEVANCIA DEL TEMA

La salud mental es un estado de bienestar emocional, comportamiento adecuado y de ausencia o baja intensidad de síntomas que permiten tener la capacidad de generar relaciones constructivas y lidiar con los desafíos cotidianos (APA, 2023). Este constructo ha sido un problema de salud pública importante en la población chilena, desde que se recopilaban datos en la Encuesta Nacional de Salud “ENS” del 2003 (MINSAL, 2003). La salud mental es una necesidad sanitaria que continúa vigente; al ver los datos de la última encuesta del 2016-2017, se observó una prevalencia de 15.8% de sospecha de depresión, 0.7% de bipolaridad (MINSAL, 2018) y 16.2% de trastornos de ansiedad (MINSAL, 2020). Según la ENS, la depresión ha variado su prevalencia desde 17.5% en 2003, 17.9% en 2009-10 y 15.8% en 2016-17 (MINSAL, 2018).

Según cifras de la Organización Panamericana de la Salud (PAHO), en 2022 la pandemia ha generado un aumento de los trastornos mentales, llegando a un incremento de 25% de incidencia en el caso de la ansiedad y depresión (PAHO, 2022). El estrés causado por la pandemia y las medidas de confinamiento han generado malestar psicológico que se refleja en trastornos de estrés postraumático, depresión, ansiedad y empeoramiento de cuadros psiquiátricos previos (Haider et al, 2020).

En Chile no existen estadísticas epidemiológicas oficiales sobre la variabilidad de datos en salud mental en contexto de la pandemia. Por otro lado, si existen reportes privados que indican un aumento en la misma línea de lo señalado por la PAHO (2022), el “Termómetro de Salud Mental en Chile” realizado por la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC) y la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), en su última encuesta muestra que desde el 2020 hasta la actualidad, los síntomas depresivos aumentaron un 3.6% para llegar a 16.4% del total en el periodo 2021-2022 (Bravo et al, 2022). Adicionalmente el estudio conducido por Alvarado et al (2021) reportó a través de cuestionarios de autorregistro, un 59% de riesgo para tener un trastorno mental y un 73% de síntomas de depresión.

La depresión es un trastorno anímico común de alta gravedad, genera síntomas que afectan el estado de ánimo, la conducta y ritmos biológicos como el sueño, apetito y peso. Es una enfermedad que genera discapacidad significativa al afectar funciones cognitivas y altera el rendimiento en tareas cotidianas (Lam et al, 2014) y como se ha indicado anteriormente, presenta una elevada prevalencia en la población chilena.

La pandemia ha generado un aumento de las demandas en atención de salud mental, casi duplicándola entre 2021 y 2022 (Bravo et al, 2022), generando un aumento en el gasto en salud mental para los particulares y el estado. Esto ha incentivado un incremento de 310% equivalente a 18.300 millones de pesos chilenos del presupuesto estatal destinado a salud mental en el año 2021 (MINSAL, 2021) y un aumento de 28 mil millones de pesos de cara a 2023 dentro de la Ley de Presupuestos a ser aprobada (Presa Presidencia, 2022). Desde el segundo gobierno del expresidente Sebastián Piñera y el actual, la salud mental ha sido foco de políticas públicas. En octubre de 2022 el Ministerio de Salud (MINSAL) anunció la estrategia “Construyendo salud mental” con foco en cinco objetivos: fortalecer el liderazgo, mejorar la provisión de los servicios en salud mental, la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio, el fortalecimiento en contextos de emergencias y el fortalecimiento de los datos, la evidencia y la investigación (MINSAL, 2022)

Referencias:

1. American Psychological Association (2023). APA Dictionary of Psychology: Mental Health. <https://dictionary.apa.org/mental-health>
2. Alvarado, Rubén, Ramírez, Jorge, Lanio, Ítalo, Cortés, Margarita, Aguirre, Joantoniarce, Bedregal, Paula, Allel, Kasim, Tapia-muñoz, Thamara, Burrone, María Soledad, Cuadra-Malinarich, Gonzalo, Goycolea, Rodrigo, Mascayano, Franco, Sapag, Jaime, Schilling, Sara, Soto, Gonzalo, Traub, Carolina, Villarroel, Sebastián, & Alarcán, Sebastián. (2021). El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud en Chile: datos iniciales de The Health Care Workers Study. *Revista médica de Chile*, 149(8), 1205-1214. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000801205>
3. Bravo David, Errazuriz Antonia y Campos Daniela. (2022) Termómetro de la salud mental en Chile ACHS-UC: Quinta ronda. Centro UC, Encuestas y estudios longitudinales. <https://www.achs.cl/docs/librariesprovider2/noticias-2022/achs127833/tms-ronda-5-conferencia.pdf>.
4. Haider, I. I., Tiwana, F., & Tahir, S. M. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Adult Mental Health. *Pakistan journal of medical sciences*, 36(COVID19-S4), S90–S94. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2756>
5. Lam, R. W., Kennedy, S. H., McIntyre, R. S., & Khullar, A. (2014). Cognitive dysfunction in major depressive disorder: effects on psychosocial functioning and implications for treatment. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 59(12), 649–654. <https://doi.org/10.1177/070674371405901206>
6. MINSAL (2018). Informe: encuesta nacional de salud 2016-2017, Salud Mental 1: Trastornos del ánimo: Depresión y Bipolaridad I-II. Subsecretaría de Salud Pública. http://epi.minsal.cl/wpcontent/uploads/2021/08/Informe_Trastornos_del_Animo_ENS_2016_17.pdf
7. MINSAL (2003). Informe: primera encuesta de salud, Chile 2003. Subsecretaría de Salud Pública. http://epi.minsal.cl/wpcontent/uploads/2021/08/Informe_Trastornos_del_Animo_ENS_2016_17.pdf
8. Ministerio de Salud (2020). Guía de práctica clínica NO-GES: Trastorno ansioso. <https://diprece.minsal.cl/temas-de-salud/temas-de-salud/guias-clinicas-no-ges/guias-clinicas-no-ges-salud-mental/trastorno-ansioso/descripcion-y-epidemiologia/>
9. Ministerio de Salud (2021). Subsecretaría de Salud Pública detalla aumento de 310% en 2021 del presupuesto para Salud Mental. <https://www.minsal.cl/subsecretaria-de-salud-publica-detalla-aumento-de-310-del-presupuesto-para-salud-mental/>
10. Ministerio de Salud (2022). Minsal anuncia estrategia “Construyendo salud mental”. <https://www.minsal.cl/minsal-anuncia-estrategia-construyendo-salud-mental/>
11. Pan American Health Organization (2022). COVID-19 presents an opportunity to strengthen mental health in the Americas. <https://www.paho.org/en/news/28-9-2022-covid-19-presents-opportunity-strengthen-mental-health-americas>
12. Presa Presidencia (2022). Presidente de la República Gabriel Boric Font presenta Presupuesto 2023. <https://prensa.presidencia.cl/comunicado.aspx?id=201968>

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es una enfermedad de alta prevalencia mundial, estimando entre un 3.8% a 5.7% en adultos mayores, que genera una fuerte discapacidad y en sus estados de mayor gravedad pueden llevar al suicidio, con cifras mundiales estimadas en 700.000 muertes anuales de acuerdo con la World Health Organization (WHO, 2021). Chile es un país fuertemente afectado por esta patología reportando un 15.8% de sospecha del cuadro en la encuesta ENS 2016-17 y 16.4% de síntomas depresivos en la encuesta "Termómetro de la salud mental en Chile" (Bravo et al, 2022), generando una elevada demanda al sistema sanitario. En 2021 se reportó un 29% de licencias correspondientes a salud mental generando un aumento del gasto de subsidio por incapacidad laboral de 1.006.517 millones de pesos en 2021, sustancialmente mayor a los 697.030 millones de pesos reportados en 2020 (Superintendencia de Seguridad Social, 2021).

El acceso a los tratamientos de salud mental en Chile es un servicio limitado para la población, teniendo una cobertura nacional estimada en 20% (MINSAL, 2017). Este servicio es ofrecido en el país a través de agentes estatales y particulares. En el Fondo Nacional de Salud (FONASA) la atención psicológica en promedio es de 4 a 5 sesiones al año con tiempos de espera entre sesiones de 1 a 2 meses (Parra et al, 2019). Esta frecuencia está lejos de la recomendación de psicoterapia semanal indicada por el MINSAL en sus guías prácticas clínicas (MINSAL, 2017b).

Los tratamientos en salud mental suelen tener una duración de alrededor de 20 a 30 sesiones durante 6 meses para lograr una remisión satisfactoria de síntomas, pero ciertas intervenciones y terapias podrían reducir el número a 12-16 (APA, 2017). Por tanto, se tiene un sistema público que no otorga la cobertura necesaria de frecuencia de tratamiento a la demanda sanitaria.

El costo de los tratamientos también ha aumentado; en 2021 las consultas psiquiátricas tuvieron un aumento del 32% de la demanda respecto a 2020 y las listas de espera crecieron 9 veces entre 2019 y 2021; esto se acompañó de un aumento en el consumo de medicamentos psiquiátricos (SENDIA), generando un crecimiento del 29% (comparado a 2019) de estos productos y un aumento en su precio de más de un 30% (Velasco, 2022), aumento que afecta directamente al paciente.

Los elevados costos de tratamiento en salud mental y la extensión de los tratamientos psicológicos, en sumatoria a la alta prevalencia y discapacidad que generan la depresión en Chile, hacen que tener intervenciones eficientes sean necesarias en los servicios privados y estatales.

Existen psicoterapias cognitivo-conductuales que podrían ayudar a reducir la falta de cobertura en salud mental. Es por ello que surge el interés de conocer si estas psicoterapias mejorasen la eficiencia de los tratamientos público-privado, reduciendo el tiempo de tratamiento y por consiguiente el costo de estos.

Bibliografía

1. American Psychological Association (2017). How Long Will It Take for Treatment to Work? <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/length-treatment>

2. Bravo, David, Errazuriz Antonia y Campos Daniela. (2022) Termómetro de la salud mental en Chile ACHS-UC: Quinta ronda. Centro UC, Encuestas y estudios longitudinales. <https://www.achs.cl/docs/librariesprovider2/noticias-2022/achs127833/tms-ronda-5-conferencia.pdf>.
3. Ministerio de Salud de Chile (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Santiago, Chile. <https://www.minsal.cl/minsal-anuncia-estrategia-construyendo-salud-mental/>
4. Ministerio de Salud de Chile, (2017b). Guía Clínica: Para el tratamiento de la depresión en personas mayores de 15 años: Actualización en Psicoterapia. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
5. Parra G., Errazuriz P., Gomez-Barris E., y Zuñiga A. (2019). Propuesta para una psicoterapia efectiva en atención primaria: un modelo basado en la experiencia y la evidencia empírica. Centro de políticas públicas UC. Número 113. https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/06/Art%C3%ADculo-Propuesta-para-una-psicoterapia_G-de-la-Parra-y-otros_CPoliPúblicas-UC_junio2019.pdf
6. Superintendencia de seguridad social (2021). Estadísticas de licencias médicas y subsidios por incapacidad laboral. <https://www.suseso.cl/607/w3-article-692532.html>
7. Velasco I. (2022). Aumento en demanda, alzas de precios y concentración: El cóctel en compras públicas de fármacos para salud mental en Chile. LaBot. <https://www.labot.cl/aumento-en-demanda-alzas-de-precios-y-concentracion-el-coctel-de-las-compras-publicas-de-farmacos-para-la-salud-mental-en-chile/>
8. World Health Organization (2021). Depression. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

1. ANÁLISIS DEL ESTADO DEL ARTE

La terapia cognitivo conductual (TCC) se entiende como una forma de tratamiento psicológico que ha demostrado ser efectiva en un amplio rango de problemas y patologías. Este estilo terapéutico se basa en la idea de que los síntomas surgen de patrones cognitivos y comportamentales aprendidos y que por tanto las personas pueden aprender formas nuevas de comportamiento más adaptativas (APA, 2017). Dentro de estas terapias se pueden encontrar modelos como la terapia de reestructuración cognitiva, terapia de aceptación y compromiso, terapia cognitiva narrativa, terapia racional emotiva, etc. Isabel Caro, experta en terapias cognitivas y doctora en psicología ha argumentado que la TCC debe considerarse como un conjunto de técnicas eficaces sin obedecer a un modelo terapéutico, de esta forma se consideran cuatro puntos comunes de estas terapias (Caro I. et al, 2009):

1. La TCC es un ámbito de intervención en salud, que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido. La TCC considera que el individuo tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos.
2. Cuenta con aplicación de técnicas y programas específicos, con un tiempo limitado de implementación en comparación con otras psicoterapias.
3. La mayor parte de los procedimientos cuentan con módulos educativos, además de la conceptualización inicial del terapeuta sobre el problema y la lógica del tratamiento.

4. Posee en esencia un carácter auto-evaluador, con continua referencia a la metodología experimental y énfasis en la validación empírica de los tratamientos.

Dentro de los tratamientos recomendados para la depresión, la terapia cognitivo conductual, la terapia interpersonal y algunos estilos de psicoanálisis son los más recomendados (NCBI, 2023; NHS, 2022; WHO, 2021). De acuerdo con lo reportado de la guía de práctica clínica, elaborada por Gautam et al (2020), la TCC y terapia interpersonal son las terapias con mayor evidencia y efectividad en el tratamiento de depresión, ansiedad, abuso de sustancias, entre otros, al compararlas con otras líneas terapéuticas. Otros autores han postulado que no existe diferencia significativa entre la TCC y otras terapias, pero que sí presenta la mayor cantidad de evidencia acumulada (Cuijpers et al, 2023; Hoffman et al, 2012). En Chile la guía clínica del plan de Garantías Explícitas en Salud (GES) para la depresión en su actualización de 2017 recomienda el uso de TCC y de terapia interpersonal para tratar la depresión, pero no indica que su elección debe estar por sobre otras, aludiendo a que no existe evidencia concluyente de su superioridad frente a otras formas de psicoterapia (Minsal, 2017), la información nacional e internacional ponen a la TCC como un referente de tratamiento de depresión, especialmente por su evidencia acumulada frente a otras terapias.

La terapia de “Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales” (PU) es una terapia de la línea del transdiagnóstico. Estas se enfocan en los procesos y mecanismos que generan o mantienen la sintomatología observable (Harvey et al, 2014). Esta terapia reúne elementos centrales de los tratamientos TCC y está diseñada para ser aplicada en etapas y objetivos específicos. El PU desarrollado por Barlow en 2011 se basa en el fundamento de que los trastornos del ánimo y otros ocurren en conjunto a síntomas de otros trastornos debido a relaciones basales. La terapia consiste en el trabajo de cuatro elementos: psicoeducación, reevaluación cognitiva, regulación emocional y comportamiento variable; que se trabajan a través del manual del terapeuta y del paciente. Este tratamiento ha mostrado eficacia en trastornos del ánimo (ansiedad, depresión, bipolaridad, etc.), trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico con o sin agorafobia, trastorno de estrés postraumático y otros (Barlow et al, 2011).

Existe evidencia que respalda el uso de la terapia PU en la depresión como patología transdiagnóstico y diagnóstico único (Sauer-Zavala et al, 2020; Ito et al, 2022; Osma et al, 2022), incluso aplicando la terapia en modalidad online (Yan et al, 2022; Timulak et al, 2022). Se han reportado resultados mixtos en los estudios que comparan los tratamientos PU con otras líneas psicoterapéuticas, específicamente con terapias cognitivo conductuales.

El estudio realizado por Osma et al (2022) señala encontrar que la terapia PU logra tener mejoras en la sintomatología más rápidas que la TCC estándar. En el estudio se encontraron interacciones de efecto significativas entre la terapia y el tiempo para las variables de depresión ($F(411.54) = 3.79, p = .010$) y TOC ($F(30.67) = 3.23, p = .036$). El estudio utilizó el cuestionario BDI donde se reportan diferencias entre grupos que recibieron la terapia PU versus TCC: los resultados muestran mayor mejoría de síntomas reportados en el grupo de PU (Puntaje pre-PU: 29.21, TCC: 29.92 / Post: PU: 18.38, TCC: 24.64). Por otro lado, estudios sugieren que no existe diferencia significativa en el uso de PU vs TCC (Barlow et al, 2017;

Steele et al, 2018), pero que su uso por parte de los clínicos podría tener consecuencias benéficas en costo-efectividad, pues es un tratamiento que apunta a estrategias nucleares generalizables a los distintos síntomas. Por lo tanto, el enfoque transdiagnóstico, como el PU, puede disminuir las barreras conocidas de recibir una terapia basada en la evidencia, en una dosis adecuada, de manera eficiente en términos de costo y tiempo. Finalmente, el metaanálisis realizado por Sakiris y Berle (2019) reporta que la terapia PU ha demostrado tamaños de efecto grandes (de entre -0.8 a -1.6) en la reducción de síntomas depresivos y ansiosos y que los tamaños de efectos comparados con TCC para el tratamiento de trastornos del ánimo son comparables, pero que la terapia PU tendría la potencial ventaja al trabajar dirigidamente la regulación emocional con habilidades transdiagnósticas que permiten una mayor cobertura y como reporta Osma (2022) una mejoría más rápida de los cuadros clínicos.

Bibliografía

1. American Psychological Association (2017). What is Cognitive Behavioral Therapy? <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral>
2. Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., y Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
3. Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 74(9), 875–884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
4. Caro, I. (2009). *Manual Teórico-Práctico de psicoterapias cognitivas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
5. Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies, and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 22(1), 105–115. <https://doi.org/10.1002/wps.21069>
6. Gautam, M., Tripathi, A., Deshmukh, D., & Gaur, M. (2020). Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *Indian journal of psychiatry*, 62(Suppl 2), S223–S229. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_772_19
7. Gautam, S., Jain, A., Gautam, M., Vahia, V. N., & Grover, S. (2017). Clinical Practice Guidelines for the management of Depression. *Indian journal of psychiatry*, 59(Suppl 1), S34–S50. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.196973>
8. Harvey, A. G., Watkins, E., & Mansell, W., Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press, USA.
9. Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>

10. Ito, M., Horikoshi, M., Kato, N., Oe, Y., Fujisato, H., Yamaguchi, K., . . . Takebayashi, Y. (2022). Efficacy of the unified protocol for transdiagnostic cognitive-behavioral treatment for depressive and anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 1-12. doi:10.1017/S0033291721005067
11. Ministerio de Salud. (2017). Guías clínicas AUGÉ para el tratamiento de la depresión en personas mayores de 15 años: actualización en psicoterapia. https://diprepece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/07/GPC_depresion_psicoterapia.pdf
12. National Health System. (2022). Treatment-Clinical Depression. <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/clinical-depression/treatment/>
13. National Center for Biotechnology. (2023). Treatments for depression. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279282/>
14. Osma, J., Navarro Haro, M. V., Peris Baquero, Ó., & Suso Ribera, C. (2022). Unified Protocol in a Group Format for Improving Specific Symptoms of Emotional Disorders in the Spanish Public Health System. *Psicothema*, 34(1), 25–34. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.246>
15. Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Steele, S. J., Tirpak, J. W., Ametaj, A. A., Nauphal, M., Cardona, N., Wang, M., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). Treating depressive disorders with the Unified Protocol: A preliminary randomized evaluation. *Journal of affective disorders*, 264, 438–445. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.072>
16. Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation-based intervention. *Clinical psychology review*, 72, 101751. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>
17. Steele, S. J., Farchione, T. J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of psychiatric research*, 104, 211–216. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.005>
18. Yan, K., Yusufi, M. H., & Nazari, N. (2022). Application of unified protocol as a transdiagnostic treatment for emotional disorders during COVID-19: An internet-delivered randomized controlled trial. *World journal of clinical cases*, 10(24), 8599–8614. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i24.8599>
19. Timulak, L., Richards, D., Bhandal-Griffin, L., Healy, P., Azevedo, J., Connon, G., Martin, E., Kearney, A., O'Kelly, C., Enrique, A., Eilert, N., O'Brien, S., Harty, S., González-Robles, A., Eustis, E. H., Barlow, D. H., & Farchione, T. J. (2022). Effectiveness of the internet-based Unified Protocol transdiagnostic intervention for the treatment of depression, anxiety, and related disorders in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Trials*, 23(1), 721. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06551-y>
20. World Health Organization (2021). Depression. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

21. **SOLUCIÓN E INVESTIGACIÓN**

1. SOLUCIÓN PROPUESTA Y ESCENARIOS DE APLICABILIDAD

Desde 2019 la demanda de salud mental ha escalado en la población, junto a los estresores presentados en el país, tales como el estallido social y la pandemia, etc. Actualmente Chile es un país con una fuerte contracción económica y con niveles de inflación mayores a los acostumbrados, lo cual trae como consecuencia la dificultad de acceder a Servicios de Salud, medicamentos y otros. Teniendo en cuenta que el gasto de bolsillo en salud mental se ha elevado y la situación actual del país genera mayores dificultades en los recursos de las personas, es necesario buscar estrategias para reducir el número de sesiones psicológicas necesarias para estabilizar las patologías mentales.

Este problema puede verse aliviado a través de terapias de menor duración y mayor evidencia en sus intervenciones, como son la terapia estratégico breve y terapias cognitivo-conductuales que permitan generar cambios comportamentales significativos en el corto plazo.

La terapia de Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales ha demostrado ser una terapia con efectividad comparable a las terapias con mayor evidencia en el tratamiento de la depresión. Por tanto, presenta ser un buen modelo para estandarizar las atenciones de esta patología en Chile y responder de forma eficiente a la saturación del sistema de salud mental chileno.

Esta terapia, en comparación con la TCC, cuenta con los siguientes puntos a favor:

- Está construida con formato de manual, por lo que facilita su enseñanza e implementación de forma estandarizada. El tener terapias estandarizadas en un formato permite la generación de información homogénea que aportará a la comprensión epidemiológica de la depresión y futuras investigaciones.
- Presenta estrategias transdiagnósticas, que son un conjunto de estrategias terapéuticas útiles para distintas patologías de forma simultánea que permiten a los pacientes un mejor manejo de síntomas y de forma generalizada.
- Resultados preliminares respaldan que el PU permite una mejoría sintomática más rápida en comparación a TCC estándar.
- Discusiones de estudios reportados concuerdan que esta terapia podría tener una mejor relación costo-eficiencia.
- Posee mayor flexibilidad al formato online en comparación a otras psicoterapias cognitivo-conductuales.

La implementación de esta terapia en los servicios estatales y privados para el tratamiento de la depresión en adultos chilenos puede ser de ayuda para mejorar la cobertura del sistema, agilizar las listas de espera, reducir el costo de tratamientos, cantidad de licencias médicas necesarias para el tratamiento de depresión.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

En pacientes adultos chilenos diagnosticados con depresión ¿Existe diferencia entre la terapia de “protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales” (PU) versus las terapias cognitivo-conductuales (TCC)?

3. HIPÓTESIS O SUPUESTOS DE INVESTIGACIÓN

La hipótesis de trabajo se basa en determinar la existencia de diferencias entre el grupo de intervención y el grupo control. Se define como grupo de intervención a los usuarios que recibirán la terapia PU y como grupo control los usuarios que reciban TCC. Esto se hará bajo el supuesto de diferencia de medias entre ambos grupos, en los puntajes reportados por el cuestionario “Beck Depression Inventory” (BDI) en su segunda versión traducida al español (Melipillan et al, 2008). El instrumento presenta una validación chilena (alfa de Cronbach = 0.92) (Valdés et al, 2017),

La hipótesis estadísticas son las siguientes:

Ho: media grupo intervención = media grupo control

H1: media grupo intervención \neq media grupo control

Se espera que ambos grupos tengan una diferencia igual o mayor a un 17% de los puntajes basales del BDI, que es la diferencia mínima clínicamente significativa estimada para el cuestionario (Button et al, 2015). Esto definirá si la intervención está generando cambios efectivos. Luego se comparará la evolución de los puntajes entre ambos grupos para estimar diferencias entre las intervenciones.

4. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar si existen diferencias entre la terapia de “protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales” versus las terapias cognitivo-conductuales en pacientes adultos chilenos diagnosticados con depresión.

Se define como grupo de intervención los usuarios que recibirán la terapia PU y el grupo control los usuarios que reciban TCC.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Evaluar diferencias por sexo en el grupo de intervención versus el grupo control.
2. Estimar si existe impacto del uso de medicamentos psiquiátricos en el grupo de intervenido versus el grupo control.

3. Estimar si existe un impacto de comorbilidades en el rendimiento de las terapias en el grupo de intervenido versus el grupo control.

Las definiciones de impacto serán explicadas en la metodología.

Referencias bibliográficas en anexo 5.

22. METODOLOGÍA, ÉTICA Y PLANIFICACIÓN

1. METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS

Diseño.

Se propone un estudio analítico experimental, de diseño ensayo clínico aleatorio (ECA). Este diseño se escoge de acuerdo con la necesidad de comparar dos intervenciones. Estudios similares han utilizado este tipo de diseño (Sauer-Zavala et al, 2020; Ito et al, 2022; Osma et al, 2022; Yan et al, 2022; Timulak et al, 2022).

Criterios de elegibilidad.

Se conformará de una muestra de chilenos adultos que acudan a iniciar tratamiento en alguno de los 4 establecimientos afiliados: Hospital Dr. Sotero del Río (Región Metropolitana), Centro de Psiquiatría Providencia (Región Metropolitana), Clínica Vida Salud (5ta región) y Centro de Trastornos de Ansiedad (Región Metropolitana).

Se definen los siguientes criterios de inclusión para la composición de la muestra:

- Tener mayoría de edad legal (18 años cumplidos a la fecha de consulta).
- Diagnóstico de depresión mayor. El participante debe cumplir los criterios mínimos del manual diagnóstico DSM-5-TR (APA, 2022), esto es: la presencia de cinco (o más) de los síntomas señalados en el manual, durante un periodo de dos semanas y que generan un cambio significativo en el funcionamiento previo: al menos alguno de los síntomas de ánimo depresivo o pérdida de interés/placer debe estar presente. El diagnóstico será realizado por el equipo tratante en la primera sesión de alguno de los centros afiliados.

Los criterios de exclusión son:

1. Diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar, previo o actual (diagnóstico o sospecha diagnóstica en la primera sesión, de acuerdo a criterios DSM-5-TR.
2. Estar en otro tratamiento clínico de forma simultánea.

El cálculo de la muestra se realizó en base a la fórmula de tamaño muestral para la comparación de medias, tomando el estudio de Cobalt, señalado en el estudio de Button (2015), junto a las recomendaciones de muestreo de García-García (2013). La muestra quedó definida en 108 individuos, la cual será dividida de forma aleatoria en dos grupos, el de intervención (n = 54) y control (n = 54). Para el cálculo de esta muestra se consideró varianzas no iguales, un nivel de significación de un 1% y una potencia de 90%. Se consideró un porcentaje de pérdida del 20%. El software utilizado para el cálculo fue STATA 15.0.

Intervención

El proyecto cuenta con cuatro fases: inducción, reclutamiento, tratamiento y toma de datos, las cuales serán explicadas a continuación:

1. Inducción: se procederá a reclutar 4 psicólogos o psiquiatras que realicen psicoterapia en los centros afiliados que cuenten con formación en TCC en sus estudios. Se les hará una inducción de 4 clases online para utilizar el PU, estas clases serán dictadas por profesionales certificados en esta terapia, donde se repasarán aspectos fundamentales del tratamiento PU y su aplicación en la práctica. Existirá un manual PDF al cual podrán consultar dudas. Además, podrán acudir a asesorías o consultas con los expertos que

dictarán las clases, en caso de dudas que se presenten a lo largo del proceso. Esta fase tendrá una duración de un mes.

2. Reclutamiento: los pacientes que busquen iniciar terapia serán evaluados en la primera sesión por un psiquiatra o psicólogo afiliado al estudio para diagnosticar depresión. En caso de diagnóstico positivo y cumplimiento de los criterios de inclusión se invitará al paciente a ser parte del programa, para esto se le explicará la intervención. Se le enseñará el consentimiento informado y se resolverán dudas en caso de existir. Este procedimiento se realizará con las cuatro clínicas de forma simultánea hasta llenar los cupos necesarios para la muestra.
3. En caso de aceptar participar, el paciente deberá contestar el cuestionario “Beck Depression inventory” (BDI) para estimar puntajes basales de síntomas de depresión, junto a este se le pedirá contestar un cuestionario de datos sociodemográficos. Estos datos deberán ser ingresados por el tratante a un archivo almacenado en iCloud. A este archivo sólo tendrán acceso los investigadores principales y tratantes. Los analistas de datos recibirán un archivo sin datos personales de los pacientes (sin Run y ni nombre). Los pacientes que sean partícipes pueden retirarse en cualquier momento y pueden solicitar que sus datos sean eliminados si así lo desean.
4. El BDI es un instrumento que otorga puntajes de acuerdo con la severidad autoreportada a síntomas del trastorno depresivo mayor presenta una validación chilena (alfa de Cronbach = 0.92) (Valdés et al, 2017). Este cuestionario puede ser administrado por el profesional o contestado por el paciente. Cuenta con 21 ítems de preguntas estilo escala Likert que pondera síntomas y signos de los cuadros depresivos. La suma de los puntajes entrega la severidad del cuadro en 4 niveles de depresión: mínima (0-13), leve (14-19), moderada (20-28) y severa (28+).
5. Los pacientes que aprueben ser parte del estudio se les entregará un bono de movilización de 3.000 pesos chilenos por consulta asistida con el objetivo de facilitar el desplazamiento.
6. Los pacientes que ingresen al estudio recibirán un número identificador, con valores que irán en conteo 1,2,3...N; a medida que son ingresados al estudio. Este número será usado para la aleatorización simple, así:
7. Grupo GPU: se verá compuesto por los pacientes que su número de identificación termine en valor par (0, 2, 4, 6, 8).
8. Grupo GTCC: se verá compuesto por los pacientes que su número de identificación termine en valor impar (1, 3, 5, 7, 9).
9. Los números aleatorios serán generados a través de excel por una tercera persona ajena al proyecto.
10. Tratamiento: una vez asignado a su grupo de tratamiento se comenzará a realizar la terapia correspondiente. En el caso del grupo control será el profesional el que decida la TCC a llevar. De acuerdo con la experiencia clínica, las terapias TCC y PU logran cambios significativos en 10 sesiones aproximadamente. Por tanto, todos los sujetos recibirán ese número de sesiones. Los terapeutas tendrán 3 meses para distribuir estas sesiones semanalmente o en ocasiones cada dos semanas, esto en caso de que el

paciente presente dificultades de pago o traslado. Específicamente las intervenciones consisten en:

11. PU: será un tratamiento de 10 sesiones tomado desde la primera edición en español del manual de PU (Barlow et al, 2011), se realizará una sesión por semana, con un máximo distanciamiento de 15 días en caso de necesidad y será aplicado por psicólogos entrenados en PU que contarán con asesoría constante.
12. TCC: será un tratamiento de 10 sesiones semanales de terapia estructurada o no estructurada de la línea cognitivo conductual, en caso de escoger una terapia específica (por ejemplo: activación conductual, psicoterapia analítico conductual u otras) el terapeuta debe reportar al equipo. Será aplicada por terapeutas reclutados en el proceso.
13. Toma de datos: durante el proceso de psicoterapia se volverán a medir los síntomas con el cuestionario BDI en las sesiones 4, 7 y 10ma. Finalizada la terapia, se entregará a ambos grupos una encuesta de satisfacción en escala Likert (de construcción propia) con el fin de evaluar dimensiones subjetivas sobre la intervención.

Enmascaramiento

Este es un estudio abierto, ya que el tipo de tratamiento no permite desarrollar un ciego puesto que los pacientes tienen el derecho a conocer el tratamiento que están recibiendo. En psicoterapia esto es de relevancia para la construcción del vínculo con el paciente. Toda terapia cognitivo conductual implica una fase de psicoeducación donde está inserta la presentación del tratamiento. Sin embargo, se intentará controlar el sesgo de información con dos estrategias:

1. Los tratantes y pacientes no conocerán su grupo de pertenencia hasta que comience el tratamiento, esto dependerá del código que reciba el paciente para su aleatorización.
2. El análisis de datos lo realizará por una central externa sin posibilidad de identificar a los pacientes.

Impacto

En este estudio se entenderá el impacto como el cambio que generan las variables de sexo, medicamentos y comorbilidades en el desempeño de las terapias de protocolo unificado y cognitivo conductual. Estas variables pueden generar variaciones en el rendimiento del tratamiento, por tanto, es de interés conocerlo. Para controlar estas variables se cuantifican en el cuestionario sociodemográfico para luego ser ocupadas en análisis estadísticos y estimar la existencia de diferencias significativas en los puntajes de los grupos, que hayan sido generadas por estas variables.

Análisis estadístico.

Una vez recolectados los datos y terminados los procesos terapéuticos (máximo de 3 meses), se procederá a hacer un análisis estadístico de la información recolectada, donde se analizarán:

1. Análisis de datos descriptivos de edad, nivel socioeconómico, educación, existencia de psicoterapia previa, uso de fármacos al momento de la terapia (se agrega en caso de inicio diferido), comorbilidades de patologías psiquiátricas y satisfacción de la terapia en encuesta Likert. Las variables cuantitativas serán expresadas mediante el promedio o mediana de

acuerdo con su distribución. Las cualitativas serán expresadas mediante frecuencias relativas y porcentajes.

Las variables serán operacionalizadas de la siguiente manera:

1. Variable dependiente: cuantitativa, continua, valores reportados en las toma de datos del cuestionario BDI.
2. Variable independiente: cualitativa, dicotómica, tipo de terapia asignada al paciente: 1: PU, 2:TCC.
3. Variables sociodemográficas:
 1. Edad: variable cuantitativa discreta, años cumplidos a la fecha.
 2. Género: variable cualitativa nominal dicotómica, 1: hombre, 2: mujer.
 3. Educativo: variable cualitativa ordinal: 1: sin educación formal, 2: 7mo básico o menos ... sucesivamente hasta completar.
 4. Medicamento: dicotómico, 1:si, 2:no (los reportes positivos se acumularán y se otorgarán valores de acuerdo con las respuestas entregadas).
 5. Comorbilidades: dicotómico, 1:si, 2:no (los reportes positivos se acumularán y se otorgarán valores de acuerdo con las respuestas entregadas).
 6. Ingreso: variable cuantitativa ordinal: 1: menor a 178.334, 2: entre 178.335 y 351.613 ... sucesivamente hasta completar.
 7. Satisfacción: valor otorgado en escala del 1 al 10.

Para evaluar la diferencia entre tratamientos, en primer lugar, se calculará la media en términos de puntaje BDI para ambos grupos, entregando los siguientes puntajes:

1. Puntaje basal de ambos grupos (primera sesión, pre-intervención).
2. Puntajes de control en sesión cuarta, séptima y décima.

Posteriormente se evaluará si existe distribución normal o no con la prueba Shapiro-Wilk.

1. En caso de tener distribución normal se realizará Student's T-test para evaluar diferencias de medias. De lo contrario se utilizará el Wilcoxon signed-rank test. Se considerará un nivel de significación de un 5%.

1. ANÁLISIS DE LAS IMPLICANCIAS ÉTICAS

1. ANÁLISIS DE RIESGO-BENEFICIO

La PU cuenta con vasta evidencia para la mejoría de los trastornos anímicos y es altamente recomendada para el tratamiento de la depresión. Por otro lado, la terapia cognitivo conductual es parte de las terapias indicadas por el MINSAL y organizaciones internacionales en el tratamiento de la depresión. Dada la evidencia presentada para ambas intervenciones los pacientes pueden esperar buenos tratamientos para su enfermedad en ambos grupos.

En caso de presentarse dificultades de salud, los médicos tratantes en primer lugar y psicólogos en segundo serán los encargados de reportar y derivar a urgencias a los pacientes. Esto afecta para posibles episodios de ideas suicidas, intentos de suicidios y efectos adversos por uso de medicamentos, en estos casos el tratamiento será suspendido y el sujeto es retirado del estudio para priorizar su estabilización clínica. Las causas de descompensación serán registradas para

2. RESULTADOS, IMPLEMENTACIÓN Y DIFUSIÓN

1. IMPLEMENTACIÓN DEL(LOS) PRODUCTO(S) ESPERADO(S)

1. RESULTADOS Y/O PRODUCTOS ESPERADOS

Se espera que las personas que recibieron la intervención PU tengan una mejora de sus síntomas mayor y más rápida que las que recibieron la intervención convencional. En caso de lograr el resultado esperado se realizará un manual en formato digital (PDF) sobre el proceso y procedimiento para implementar la intervención en los centros de salud anexados al estudio y centros externos o profesionales independientes que deseen adoptar la intervención. Se escribirá un artículo para ser publicado en una revista, para poder exponer los resultados y aportar al debate científico.

| Nombre del resultado/producto | Ingresar una breve descripción del resultado/producto |
|---|---|
| Manual de implementación: terapia PU | Guía descriptiva sobre los criterios y procedimientos para practicar la terapia con aplicación móvil, contará además con un perfil de paciente candidato a la intervención. |
| Artículo publicado en revista | Artículo publicado en una revista con revisión de pares con el fin de exponer los resultados de la intervención. |

2. IMPLEMENTACIÓN DE EL(LOS) PRODUCTO(S) ESPERADO(S)

Los centros de salud que colaboraron en este proyecto tendrán derecho a una inducción virtual para los psicólogos y psiquiatras que tengan interés en realizar la intervención de PU. Durante 3 meses posteriores a la inducción, las instituciones y los profesionales podrán acceder a un servicio de asesoramiento. Este proceso se realizará al mes posterior de concluida la intervención, estará a cargo de los profesionales que funcionaron como capacitadores del proceso de inducción inicial. Se acordará individualmente con cada institución la cantidad de profesionales a formar, clases necesarias y apoyos extras que podrían necesitar.

Para otras instituciones o profesionales que estén interesados podrán optar a obtener el manual de intervención y contar con asesoría remota. En caso de que los particulares tengan grupos de clínicos grandes se podrá hacer una capacitación mayor.

2. ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN

Se realizarán talleres formativos en las clínicas asociadas a la investigación donde se entregará el manual de intervención a las instituciones y sus adherentes en formato digital. Para otras instituciones o profesionales que estén interesados se les enviará el manual de intervención y un contacto para poder resolver sus dudas.

Los resultados serán expuestos en los portales de las clínicas, se postulará a congresos universitarios y de salud mental del país.

3. CAPACIDAD DE GESTIÓN Y ASOCIATIVIDAD

1. CAPACIDAD DE GESTIÓN

| NOMBRE | INSTITUCIÓN | PROFESIÓN | CARGO EN EL PROYECTO | Funciones y Capacidades Críticas que aportará al proyecto | % dedicación Mensual (calculado en base a 180hrs. mensuales) | \$/HH |
|----------------------------------|-----------------------------------|--|---------------------------------------|---|--|-------|
| EQUIPO DE INVESTIGACIÓN | | | | | | |
| Investigador 1 | Centro de psiquiatría Providencia | Psicólogo | Líder | Implementación, análisis datos | 30% | 30000 |
| Investigador 2 | Centro de trastornos de ansiedad | Psicólogo | Formador | Formación e intervención | 30% | 30000 |
| Investigador 3 | Centro de psiquiatría Providencia | Psicólogo | Formador | Formación e intervención | 30% | 30000 |
| PERSONAL TÉCNICO DE APOYO | | | | | | |
| Coordinador 1 | Hospital Sotero del Rio | Psiquiatra | Coordinación y tratante | Coordinación con centro de origen y tratamiento | 20% | 25000 |
| Coordinador 2 | Clínica Vida Salud | Psicólogo | Coordinación y tratante | Coordinación con centro de origen y tratamiento | 20% | 25000 |
| Analista de datos 1 | Queen Mary University of London | Psicólogo | Análisis de datos | Análisis de datos | 20% | 25000 |
| PERSONAL ADMINISTRATIVO | | | | | | |
| Asistente secretaria | Centro de trastornos de ansiedad | Secretaria, estudios en química y farmacia incompletos | Captación y coordinación de pacientes | Captación y coordinación de pacientes | 25% | 20000 |

Porcentaje de Dedicación mensual en otros Proyectos

| CARGO EN EL PROYECTO | NOMBRE | 2023 | 2024 | 2025 |
|-----------------------------|---------------------|-------------|-------------|-------------|
| Director | Investigador 1 | 30% | 20% | 20% |
| Director Alterno | Analista de datos 1 | 30% | 20% | 20% |
| Investigador | Investigador 2 | 30% | 20% | 20% |

2. ANTECEDENTES CURRICULARES DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

1. Investigador 1, psicólogo clínico de la Universidad de los Andes y candidato a magíster de Epidemiología en la misma institución. Líder del equipo de psicólogos del Centro de Psiquiatría Providencia, miembro de equipo de investigación de Centro de Trastornos de Ansiedad y ex miembro de equipo de investigación en neurodesarrollo de la Universidad de los Andes.
2. Investigador 2, psicóloga clínica de la Universidad de los Andes y diplomado en terapias de tercera generación en la misma institución, participación previa en proyectos FONDECYT. Trabaja actualmente como clínica en centro de trastornos de ansiedad.
3. Investigador 3, psicóloga clínica de la Universidad Gabriela Mistral y diplomado en terapias de tercera generación en la misma institución, Magister en terapias de tercera generación de la Universidad Internacional de Valencia. Trabaja como psicóloga clínica en el Centro de Psiquiatría Providencia y es docente de la Universidad Gabriela Mistral.
4. Coordinador 1, es médico Cirujano Pontificia Universidad Católica de Chile, psiquiatra de Adultos Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río beca, diplomado en Neuropsicología y Neuropsiquiatría del Adulto, Universidad Católica/Universidad de Chile. Director de Unidad de Cuidados Intensivos Psiquiátricos Sótero del Río. Docente del programa de formación en psiquiatría Universidad Diego Portales.
5. Coordinador 2, psicóloga clínica de la Universidad de los Andes, Magister en neuropsicología pediátrica de la misma institución. Trabajó en proyectos de investigación en neurodesarrollo. Psicóloga de Fundación Complementa y Clínica Vida Más.
6. Analista de datos 1, pregrado en Psicología (Universidad de Los Andes) y obtuvo el grado de Magíster en Investigación en Ciencias de la Salud Mental (University College London). Actualmente se encuentra cursando sus estudios de Doctorado en Queen Mary University of London, explorando intervenciones en personas con deterioro cognitivo leve en Chile y Latinoamérica.
7. Asistente secretaria, estudiante de química y farmacia, ha realizado trabajos en agendamiento de hotelería y tiene experiencia en agendamiento y trato de pacientes de salud mental, actualmente trabaja en Centro de Trastornos de Ansiedad.

1. PARTICIPACIÓN DE INVESTIGADORES EN FORMACIÓN

Se reclutarán psicólogos y psiquiatras de las agrupaciones asociadas, donde se realizará una inducción al protocolo unificado a cargo de profesionales certificados en la terapia. Sus responsabilidades recaen en el proceso diagnóstico, de tratamiento e implementación del PU y toma de datos de sus pacientes; serán los encargados también de subir los datos recopilados a la base de datos.

2. ASOCIATIVIDAD

1. Hospital Dr. Sotero del Rio: dada la alta demanda de pacientes es necesario contar con herramientas que permitan una mejoría más rápida y eficiente de los pacientes, además al ser estatal podría servir para otros nichos de atención como COSAM.
2. Centro de Psiquiatría Providencia: centro privado, enfocado en terapias cognitivo conductuales, se preocupan por la formación de sus psicólogos y ven la oportunidad de aprendizaje y beneficios para los pacientes que esta intervención presenta.
3. Clínica Vida Salud (5ta región): presentan elevada demanda y ven la oportunidad en formar a sus profesionales en nuevas terapias para ayudar a la comunidad afectada por depresión.
4. Centro de Trastornos de Ansiedad (CTA): centro de tratamiento de trastornos de ansiedad y anímicos realizan investigación en el área de trastornos del ánimo, por tanto esta intervención se ajusta a su línea.

**FORMULARIO DE ESPECIFICACIONES TECNICAS PARA PROYECTOS QUE
CREARÁN, UTILIZARÁN O ADAPTARÁN INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN**

1. TIPO DE INSTRUMENTOS A UTILIZAR

| El proyecto contempla el uso de: | | |
|---|--|-----------|
| | Instrumento(s) utilizado(s) anteriormente y validado(s) en Chile, de uso habitual y en población general. | |
| | Instrumento(s) utilizado(s) anteriormente, que se adaptará(n) o validará(n) en Chile o se enfocará(n) hacia nuevas poblaciones objetivo. | |
| | Instrumento nuevo a crear por el proyecto. | |
| En el caso de utilizar instrumentos existentes: | | |
| Contempla Derechos de Uso (<i>Copy Rights</i>) <i>(Si su respuesta es positiva, indique valor unitario en pesos chilenos)</i> | SI | NO |
| | \$ | |

2. INSTRUMENTOS A UTILIZAR, METODOLOGÍA CUANTITATIVA

| TABLA INFORMACIÓN TÉCNICA GENERAL SOBRE INSTRUMENTOS CUANTITATIVOS | |
|---|--|
| INSTRUMENTOS UTILIZADOS ANTERIORMENTE | |
| Confiabilidad (valores reportados y estadístico del cálculo) | |
| Validez (Contenido, criterio y constructo. Según información disponible y estadígrafos del caso: % de la varianza explicada y factores o componentes, correlación inter-jueces, re-test, concurrencia, % del dominio, estructura, etc.) | |
| Referencias de utilizaciones previas del instrumento | |
| Escala de Medición (tipo) y puntuaciones que proporciona (rango) | |
| Normas y población normativa | |
| Estandarización (Condiciones de uso – auto-aplicado, por encuestador, otro – y personal idóneo al mismo) | |
| Traducción (si se requiere) | |
| Adaptación lingüística (al español chileno) | |
| Adaptación Semántica (a los usos culturales de la población objetivo) | |
| Piloteo en población equivalente a la objetivo | |
| Traducción Inversa (<i>Backtranslation</i>) | |
| Acuerdo de los Autores a la versión generada | |
| Estandarización (formulación/traducción de manuales y condiciones de uso) | |
| INSTRUMENTOS NUEVOS A CREAR POR EL PROYECTO | |
| <i>Señale nivel de avance y etapas en desarrollo.</i> | |
| Definición de constructos | |
| Operacionalización de constructos | |
| Formulación de Ítems | |
| Validez de constructos y dimensiones que mediría (Dimensiones/ Variables y Dominio) | |
| Referencias de utilizaciones de instrumentos similares en el caso de creación | |
| Establecimiento de puntuaciones y clasificaciones | |
| Piloteo en población equivalente a la objetivo | |
| Estandarización (formulación/traducción de manuales y condiciones de uso) | |
| <p>Incorpore en este cuadro información complementaria que desee agregar. Incorpore la referencia bibliográfica más relevante (no más de 3) sobre la construcción del instrumento, validación y/o estudio de propiedades psicométricas en población pertinente al estudio.</p> | |



3. INSTRUMENTOS A UTILIZAR, METODOLOGÍA CUALITATIVA

| TABLA INFORMACIÓN TÉCNICA GENERAL SOBRE INSTRUMENTOS CUALITATIVOS. | |
|--|--|
| Nivel de aplicación (individual/colectivo) y estructura de preguntas (abiertas, temáticas, en profundidad, etc.) | |
| Técnica a la que responderá (entrevista, <i>focus group</i> , grupo de discusión, etc.) | |
| Estandarización (Condiciones de uso como requisitos de aplicación por personal especialmente calificado u otros) | |
| Incorpore ejemplos de tipo de preguntas que incluirá el instrumento relacionadas con el objetivo del estudio (no más de 6) | |
| Incorpore en este cuadro información complementaria que desee agregar. Incorpore la referencia bibliográfica más relevante (no más de 3) sobre la construcción del instrumento, validación y/o estudio de propiedades psicométricas en población pertinente al estudio. | |
| | |

Anexos.

Anexo 1: Cuestionario BDI-II

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo..... Ocupación
..... Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. 2 No espero que las cosas funcionen para mi.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

hecho.

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable todo el tiempo.

1. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado. 2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

2. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí mismo que siempre. 1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

1. 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

2. 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o

haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual. 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual 3a . No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía

hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo 2: cuestionario sociodemográfico y escala de satisfacción.

| Por favor responda las siguientes preguntas demográficas acerca de usted | |
|---|---|
| ¿Cuál es su edad? | _____ |
| ¿Cuál es su género? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Hombre 2. Mujer 3. Transgénero 4. No-binario 5. Otro 6. Prefiero no responder |
| ¿Cuál es el mayor nivel educativo que ha completado? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sin escolarización formal 2. 7mo básico o menos 3. Educación básica completa 4. Educación media incompleta (al menos 1 año) 5. Educación media completa 6. Educación superior incompleta 7. Educación técnica completa 8. Educación universitaria completa 9. Estudios de postgrado 10. No aplica |
| ¿Consume actualmente algún medicamento psiquiátrico o neurológico? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No ¿Cuál? _____ |
| ¿Posee usted un diagnóstico psiquiátrico previo? | <ol style="list-style-type: none"> 3. Si 4. No ¿Cuál? _____ |
| ¿Cuál es el ingreso familiar o personal mensual? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menor a \$178.334 2. Entre \$178.335 y \$351.613 3. Entre \$351.614 y \$558.069 4. Entre \$558.070 y \$895.744 5. Entre \$895.745 y \$2.439.954 6. Mayor a \$2.439.955 |

De acuerdo a su experiencia durante el tratamiento y sus resultados

| | | |
|---|-----|----|
| ¿Cuan satisfecho se encuentra usted por el servicio prestado? Respondiendo en el intervalo: 0 = nada satisfecho, 10= totalmente satisfecho | 1. | 0 |
| | 2. | 1 |
| | 3. | 2 |
| | 4. | 3 |
| | 5. | 4 |
| | 6. | 5 |
| | 7. | 6 |
| | 8. | 7 |
| | 9. | 8 |
| | 10. | 9 |
| | 11. | 10 |

Anexo 3: Consentimiento informado.

Consentimiento informado para estudio “Comparación de tratamientos cognitivo conductuales y protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales (PU) para depresión en adultos chilenos”.

Santiago, Diciembre 2022

Estimado(a):

Junto con saludarle, a través de la presente carta queremos invitarle a participar del proyecto **“Comparación de tratamientos cognitivo conductuales y protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales (PU) para depresión en adultos chilenos”**. Este proyecto es dirigido por xxxx xxxx, Psicólogo y estudiante del magíster de epidemiología de la Universidad de los Andes. El objetivo general de este proyecto es

comparar dos intervenciones psicológicas cognitivo conductuales para el tratamiento de pacientes adultos chilenos diagnosticados con depresión.

1. ¿Quiénes pueden participar?

Este estudio comprende una muestra compuesta por N participantes adultos (18 años o más), pueden participar personas que estén buscando tratamiento en salud mental y tengan o sean diagnosticadas, bajo criterios establecidos, de Trastorno de depresión mayor. Personas con diagnóstico previo de bipolaridad no pueden participar del estudio.

1. Si usted participará ¿Cuáles serían los pasos a seguir?

Para participar usted deberá contestar un cuestionario que le será administrado por quien lea su consentimiento, estos test asignan un puntaje a los síntomas de depresión que tenga. Contestar la encuesta le tomará entre 5 y 10 minutos, además se administrará un pequeño cuestionario preguntando: sexo biológico, edad, nivel socioeconómico, comorbilidades y medicamentos psiquiátricos o neurológicos en uso. Además se pedirá una valoración final del tratamiento con valores del 0 al 10 bajo la pregunta: “siendo 1 una baja satisfacción y 10 una alta satisfacción, ¿cuán satisfecho se encuentra usted con el tratamiento recibido?”

En caso de que decida ser parte del estudio, usted recibirá tratamiento por parte de los equipos clínicos de la clínica en la que haya consultado, usted recibirá de forma aleatoria un tratamiento cognitivo conductual o un tratamiento de “Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales” durante 10 sesiones distribuidas en un máximo de 3 meses. Se le solicitará contestar los cuestionarios 3 veces más a lo largo del proceso de 10 sesiones de terapia (en las sesiones 4, 7 y 10ma). La información recopilada será almacenada de forma anónima.

1. ¿Qué instrumento le pediremos que responda?

Los pacientes deberán responder cuestionarios enfocados en síntomas, el test BDI en su versión validada en Chile y dos escalas Likert construidas para recopilar datos sociodemográficos y satisfacción del proceso.

1. ¿Qué beneficios podrá obtener al participar?

Participar en este estudio nos permitirá obtener información sobre el desempeño de ambas terapias en el tratamiento de la depresión en adultos que residen en territorio chileno. Además, en caso de participar se les entregará un bono de movilización de 3000 por consulta asistida.

• ¿Existen riesgos a los que se exponen las personas al participar en este estudio?

La PU cuenta con vasta evidencia para la mejoría de los trastornos anímicos y existe robusta evidencia que la recomienda para el tratamiento de depresión. Por otro lado, la terapia cognitivo conductual es parte de las terapias indicadas por el MINSAL y organizaciones internacionales en el tratamiento de la depresión. Dada la evidencia presentada para ambas intervenciones los pacientes pueden esperar buenos tratamientos para su enfermedad en ambos grupos.

1. Sobre el equipo de investigación:

xxxx xxxx, psicólogo clínico de la Universidad de los Andes y candidato a magíster de Epidemiología en la misma institución. Líder del equipo de psicólogos del Centro de Psiquiatría Providencia, miembro de equipo de investigación de Centro de Trastornos de Ansiedad y ex miembro de equipo de investigación en neurodesarrollo de la Universidad de los Andes.

Agradecemos su interés y apoyo. En caso de dudas pueden contactar directamente con los encargados de investigación al correo xxxx@miaundes.cl.

Agradecemos su interés y apoyo.

Anexo 4: Carta a instituciones.

Invitación a participación del estudio “Comparación de tratamientos cognitivo conductuales y Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales (PU) para depresión en adultos chilenos”.

Santiago, Diciembre 2022

Estimado(a):

Junto con saludarle, a través de la presente carta queremos invitar a su institución y profesionales psiquiatras y psicólogos afiliados a participar del proyecto “**Comparación de**

tratamientos cognitivo conductuales y Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales (PU) para depresión en adultos chilenos”.

Este proyecto es dirigido por xxxx xxxx, Psicólogo y estudiante del magíster de epidemiología de la Universidad de los Andes. El objetivo general de este proyecto es comparar dos intervenciones psicológicas cognitivo conductuales para el tratamiento de pacientes adultos chilenos diagnosticados con depresión.

Metodología

Se propone un estudio analítico experimental de ensayo clínico aleatorio con dos grupos de N:54 sujetos, se tendrá un grupo intervención que será tratado con el tratamiento “Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales” (PU) y un grupo intervención que recibirá terapia cognitivo conductual (TCC). Los cambios en la sintomatología serán evaluados en distintos tiempos de la terapia con el “Beck Depression Inventory” en su segunda versión, traducida al español.

Se reclutarán psicólogos y psiquiatras de las agrupaciones asociadas, donde se realizará una inducción al protocolo unificado a cargo de profesionales certificados en la terapia. Sus responsabilidades recaen en el proceso diagnóstico, de tratamiento e implementación del PU y toma de datos de sus pacientes; serán los encargados también de subir los datos recopilados a la base de datos.

2. ¿Qué beneficios podrá obtener la institución al participar?

Para los centros de salud que colaboraron en este proyecto se les hará una inducción virtual para los psicólogos y psiquiatras que tengan interés en realizar la intervención. Durante 3 meses posteriores las instituciones y los profesionales podrán acceder a un servicio de asesoramiento con los profesionales responsables de la implementación de la intervención.

Este proceso se realizará al mes posterior de concluida la intervención, estará a cargo de los profesionales que funcionaron como guías o “expertos” del proceso de inducción inicial. Se acordará individualmente con cada institución la cantidad de profesionales a formar, clases necesarias y apoyos extras que podrían necesitar.

Para otras instituciones o profesionales que estén interesados se les enviará la guía clínica elaborada y un contacto para poder resolver sus dudas.

• ¿Existen riesgos a los que se exponen las personas al participar en este estudio?

La PU cuenta con vasta evidencia para la mejoría de los trastornos anímicos y existe robusta evidencia que la recomienda para el tratamiento de depresión. Por otro lado, la terapia cognitivo conductual es parte de las terapias indicadas por el MINSAL y organizaciones internacionales en el tratamiento de la depresión. Dada la evidencia presentada para ambas intervenciones los pacientes pueden esperar buenos tratamientos para su enfermedad en ambos grupos.

Agradecemos su interés y apoyo. En caso de dudas pueden contactar directamente con los encargados de investigación al correo xxxxx@miaundes.cl.

Agradecemos su interés y apoyo.

Anexo 5: Referencias Solución de investigación.

Bibliografía:

1. Button, K. S., Kounali, D., Thomas, L., Wiles, N. J., Peters, T. J., Welton, N. J., Ades, A. E., y Lewis, G. (2015). Minimal clinically important difference on the Beck Depression Inventory-II according to the patient's perspective. *Psychological medicine*, 45(15), 3269–3279. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001270>
2. Melipillán Araneda, Roberto, Cova Solar, Felix, Rincón González, Paulina, & Valdivia Peralta, Mario. (2008). Psychometric Properties of Beck's Depression Inventory II. *Terapia psicológica*, 26(1), 59-69. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100005>
3. Valdés Camila, Morales-Reyes Irma, Pérez, J Carola, Medellín Adriana, Rojas Graciela, y Krause Mariane. (2017). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck IA para la población chilena. *Revista médica de Chile*, 145(8), 1005-1012. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000801005>

Anexo 6: Metodología.

Bibliografía

4. American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Fifth edition, text revision*. Washington DC.
5. Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 74(9), 875–884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
6. Button, K. S., Kounali, D., Thomas, L., Wiles, N. J., Peters, T. J., Welton, N. J., Ades, A. E., y Lewis, G. (2015). Minimal clinically important difference on the Beck Depression Inventory-II according to the patient's perspective. *Psychological medicine*, 45(15), 3269–3279. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001270>
7. García-García, José Antonio, Reding-Bernal, Arturo, López-Alvarenga y Juan Carlos. (2013). Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investigación en educación médica*, 2(8), 217-224. Recuperado en 06 de

enero de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000400007&lng=es&tlng=es.

8. Ito, M., Horikoshi, M., Kato, N., Oe, Y., Fujisato, H., Yamaguchi, K., . . . Takebayashi, Y. (2022). Efficacy of the unified protocol for transdiagnostic cognitive-behavioral treatment for depressive and anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 1-12. doi:10.1017/S0033291721005067
9. Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Steele, S. J., Tirpak, J. W., Ametaj, A. A., Nauphal, M., Cardona, N., Wang, M., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). Treating depressive disorders with the Unified Protocol: A preliminary randomized evaluation. *Journal of affective disorders*, 264, 438–445. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.072>
10. Osma, J., Navarro Haro, M. V., Peris Baquero, Ó., & Suso Ribera, C. (2022). Unified Protocol in a Group Format for Improving Specific Symptoms of Emotional Disorders in the Spanish Public Health System. *Psicothema*, 34(1), 25–34. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.246>
11. Valdés Camila, Morales-Reyes Irma, Pérez, J Carola, Medellín Adriana, Rojas Graciela, y Krause Mariane. (2017). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck IA para la población chilena. *Revista médica de Chile*, 145(8), 1005-1012. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000801005>
12. Yan, K., Yusufi, M. H., & Nazari, N. (2022). Application of unified protocol as a transdiagnostic treatment for emotional disorders during COVID-19: An internet-delivered randomized controlled trial. *World journal of clinical cases*, 10(24), 8599–8614. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i24.8599>
13. Timulak, L., Richards, D., Bhandal-Griffin, L., Healy, P., Azevedo, J., Connon, G., Martin, E., Kearney, A., O'Kelly, C., Enrique, A., Eilert, N., O'Brien, S., Harty, S., González-Robles, A., Eustis, E. H., Barlow, D. H., & Farchione, T. J. (2022). Effectiveness of the internet-based Unified Protocol transdiagnostic intervention for the treatment of depression, anxiety and related disorders in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Trials*, 23(1), 721. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06551-y>