

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

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

VICTORIA ESPINOSA<sup>1</sup>, JULIA GARCÍA-ESCALERA<sup>1</sup>,  
SANDRA ARNÁEZ<sup>1</sup>, ROSA M. VALIENTE<sup>1</sup>, BONIFACIO SANDÍN<sup>1</sup>,  
JULIA C. SCHMITT<sup>1</sup> Y PALOMA CHOROT<sup>1</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

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

### Resumen

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

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

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

**Email:** [vespinosa36@alumno.uned.es](mailto:vespinosa36@alumno.uned.es)

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

<sup>1</sup> Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Recibido: 14 de enero de 2022.

Aceptado: 10 de mayo de 2022.

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

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

## Abstract

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

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

## Introducción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Método

### *Procedimiento*

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

## *Participantes*

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

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

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

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

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

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

### ***Instrumentos***

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

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

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

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

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

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

## ***Intervención***

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

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

**Tabla 1.**

*Descripción general de los módulos del UP-A*

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

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

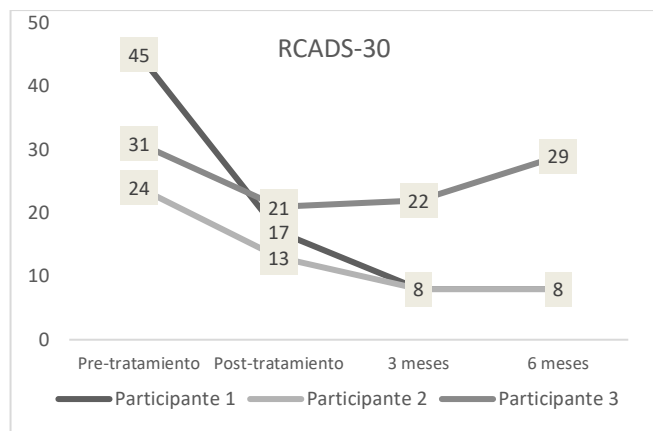
ticas del UP-A y cumplimentación de hojas de trabajo y formularios utilizando la función “compartir pantalla”, y (4) asignación de tareas para casa (y envío de dichas tareas en PDF por correo electrónico). Así mismo, las terapeutas dedicaron los últimos 10-15 minutos de cada sesión para abordar con los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

## Resultados

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

**Figura 1**

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

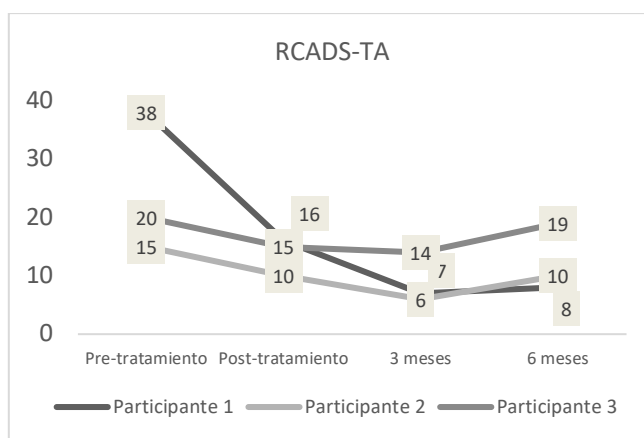


Así mismo, se constató que las puntuaciones en los síntomas específicos de los trastornos de ansiedad y del trastorno depresivo mayor se situaron por debajo de los puntos

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

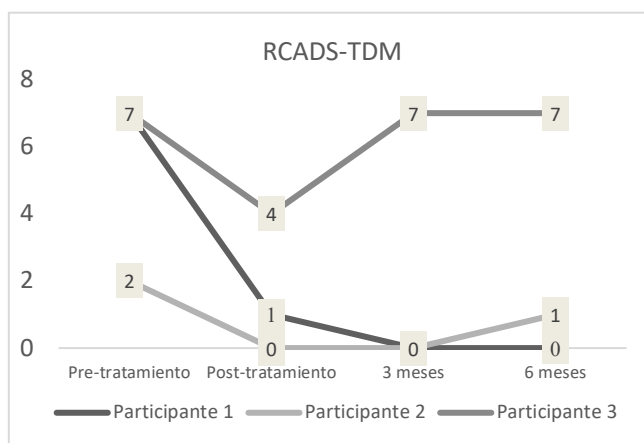
**Figura 2**

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



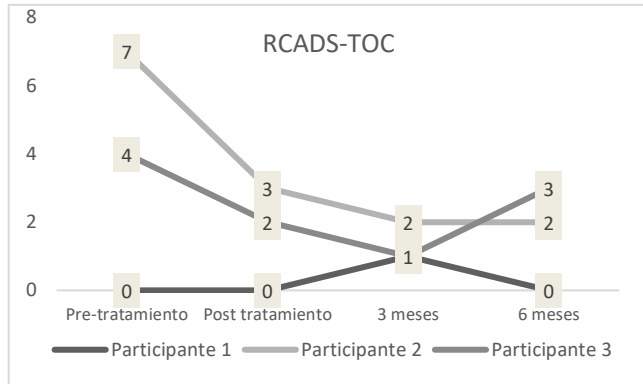
**Figura 3**

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



**Figura 4**

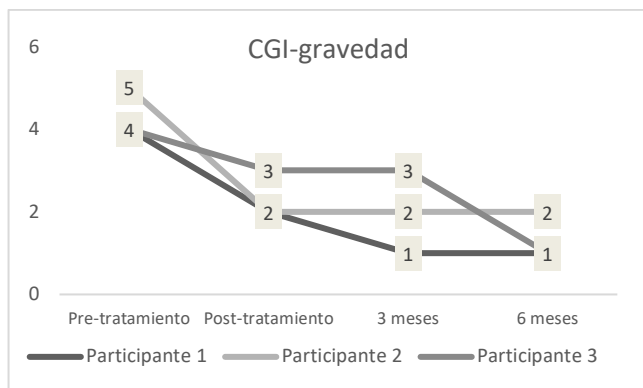
Cambios en las puntuaciones de la RCADS-TOC (subescala de síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo) en función de las diferentes condiciones temporales



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

**Figura 5**

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



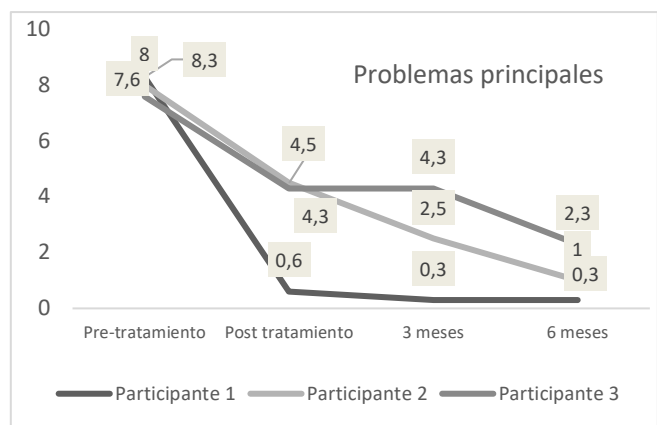
A continuación, se incluye una valoración cualitativa de la evolución de cada participante (incluyendo los resultados asociados con los problemas principales).

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

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

**Figura 6**

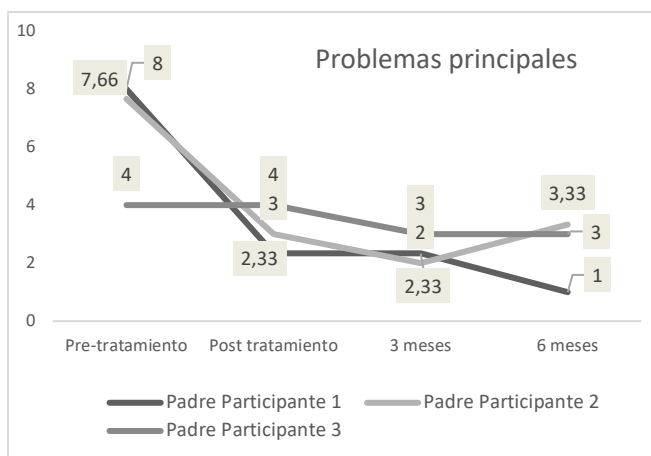
Cambios en las puntuaciones de los problemas principales estimados por los adolescentes en función de las diferentes condiciones temporales





**Figura 7**

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



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

## Discusión

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

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

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

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

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

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

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

### *Agradecimientos*

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

## Referencias

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

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

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

