



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

Departamento de Posgrados

Maestría En Psicología Clínica Con Mención En Psicoterapia de Grupo

**Efectividad de un dispositivo grupal terapéutico para depresión leve y moderada en
estudiantes universitarios**

Autora:

María Paz Peña Saltos

Director:

Mgst. Herrera Puente Juan Sebastián, PhD

Cuenca – Ecuador

2024

Dedicatoria

A Dios, fuente inagotable de sabiduría y guía constante en mi camino.

A mi amada madre, ejemplo de amor incondicional y sacrificio desmedido, su abnegación y trabajo duro han sido mis primeros maestros, enseñándome con cada gesto el valor del esfuerzo y la constancia; cada página de esta tesis está impregnada con tu amor, tus consejos y tus anhelos por verme triunfar. Este logro es tuyo tanto como mío, por todo lo que me has dado y por ser mi inspiración día tras día.

A mi querido hermano, compañero de aventuras y cómplice de sueños, juntos hemos compartido risas, lágrimas y el deseo ferviente de alcanzar nuestras metas; tu protección y tu apoyo inquebrantable han sido mi motor, empujándome siempre a dar lo mejor de mí.

A ustedes mi eterna gratitud y amor infinito, este logro lleva impreso el eco de sus palabras de aliento, el calor de sus abrazos y la luz de sus sonrisas. Que este trabajo sea un modesto tributo a todo lo que han sembrado en mí, y que sea solo el comienzo de los éxitos que juntos celebraremos.

Agradecimiento

Agradezco desde lo más profundo de mi corazón a mi querida familia, que con su apoyo hacen posible que cada día yo trabaje por mis metas; a mis docentes y compañeros de la maestría, por su diligencia, preparación y calidad humana.

Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar la efectividad del Protocolo Unificado (PU) para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales en formato grupal. Los participantes fueron 7 estudiantes universitarios. Para medir la efectividad de la intervención se aplicó antes y después de la misma el Inventario de depresión de Beck (BDI) e Inventario de depresión estado/rasgo IDER. Al comparar los puntajes del pretest y posttest, los resultados demostraron una disminución significativa de los síntomas depresivos, tanto en el BDI, como en las escalas de Estado y Rasgo del IDER. Por lo tanto, se concluye que el dispositivo basado en el PU es efectivo en adultos jóvenes con depresión.

Palabras clave: Depresión, BDI, IDER, Protocolo Unificado, Transdiagnóstico, Formato grupal.

Abstract

This work aimed to determine the effectiveness of the therapeutic group device adapted from the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders (UP), in a population of 7 university students. To measure the intervention effectiveness, Beck Depression Inventory (BDI) and State/Trait Depression Inventory (STDI), were applied before and after the group therapy. When comparing the pretest scores with the post-test scores, there was a significant decrease in depressive symptoms, both in the BDI and in the State and Trait scales of the STDI. Therefore, it is concluded that the device based on the UP is effective in young adults with depression.

Key words: Depression, BDI, STDI, UP, transdiagnostic, group format.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Sebastián Herrera', with several overlapping loops and strokes.

PhD Sebastián Herrera

Director de tesis

Tabla de Contenido

| | |
|--|----|
| Introducción | 1 |
| Capítulo 1: Marco teórico | 3 |
| 1. Introducción | 3 |
| 2. Depresión | 3 |
| 2.1. Revisión histórica | 3 |
| 2.2. Concepciones teóricas acerca de la Depresión | 9 |
| 2.3. Tratamientos para la Depresión | 11 |
| 3. Conclusión | 19 |
| Capítulo 2: Metodología | 21 |
| 2.1. Hipótesis y pregunta de investigación | 21 |
| 2.2. Objetivo general: | 21 |
| 2.3. Objetivos específicos: | 21 |
| 2.4. Metodología | 21 |
| Capítulo 3: Análisis de resultados | 35 |
| 3.1. Análisis descriptivo | 35 |
| 3.1.1. Análisis descriptivo de la variable edad | 35 |
| 3.2. Análisis estadístico | 37 |
| Conclusión | 42 |
| Referencias | 43 |

Índice de tablas

| | |
|--|-----|
| Tabla 1. Adaptaciones realizadas al PU | 255 |
| Tabla 2. Análisis descriptivo de la variable BDI en el pretest | 366 |
| Tabla 3. Análisis descriptivo de la variable BDI en el postest | 366 |
| Tabla 4. Análisis descriptivo de la variable Depresión estado en el pretest | 36 |
| Tabla 5. Análisis descriptivo de la variable Depresión estado en el postest..... | 37 |
| Tabla 6. Análisis descriptivo de la variable Depresión rasgo en el pretest..... | 37 |
| Tabla 7. Análisis descriptivo de la variable Depresión rasgo en el postest | 37 |
| Tabla 8. Comparación entre la variable Pretest y la variable Postest en el BDI..... | 38 |
| Tabla 9. Comparación entre la variable Pretest y la variable Postest en Depresión estado | 38 |
| Tabla 10. Comparación entre la variable Pretest y la variable Postest en Depresión rasgo ... | 39 |

Índice de gráficos

| | |
|--|----|
| Gráfico 1. Representación de la variable edad..... | 35 |
| Gráfico 2. Representación de la variable sexo | 35 |

Introducción

La salud mental es un componente fundamental del bienestar general de la población; por ello, indagar sobre los trastornos emocionales y en particular la depresión, es de suma importancia; puesto que, esta condición no solo genera un impacto profundo en el individuo que la experimenta, sino que también tiene repercusiones en sus relaciones, desempeño laboral y en la sociedad en su conjunto.

En los últimos años, el enfoque en el tratamiento de los trastornos emocionales ha evolucionado y se ha destacado la necesidad de abordar estos trastornos desde una perspectiva transdiagnóstica; esta perspectiva reconoce que muchos trastornos emocionales comparten similitudes en sus síntomas y procesos subyacentes, lo que sugiere que pueden beneficiarse de enfoques terapéuticos comunes. En respuesta a esta necesidad, se ha desarrollado el PU, una intervención terapéutica diseñada por Barlow y sus colegas (2019), que busca tratar una variedad de trastornos emocionales comunes (ansiosos y depresivos) de manera eficiente y efectiva.

El PU se basa en la premisa de que los trastornos emocionales como comparten mecanismos comunes subyacentes, como la regulación emocional, la evitación de experiencias emocionales aversivas y la tendencia a mantener conductas o pensamientos desadaptativos; al enfocarse en estos aspectos de los trastornos, se espera que el PU no solo reduzca los síntomas de ansiedad y depresión, sino que también mejore la calidad de vida y el funcionamiento general de los individuos que participan en el tratamiento.

A pesar de la creciente evidencia que respalda la eficiencia del PU en el tratamiento de los trastornos emocionales, todavía existen preguntas importantes que deben abordarse; la investigación en nuestro país todavía es escasa; por ello, es fundamental examinar la efectividad del PU en nuestra población.

De esta manera, el objetivo principal de esta tesis es investigar la efectividad del PU en el tratamiento de la depresión en una muestra de pacientes clínicos, con depresión de leve a moderada, según los instrumentos aplicados: IDER y BDI.

Para lograr este objetivo, se llevó a cabo un estudio cuasi experimental, en el que se aplican los instrumentos de evaluación antes y después de la aplicación del PU, en formato grupal, para así comparar las puntuaciones y determinar la efectividad del dispositivo.

Se espera que los resultados de este estudio contribuyan al creciente cuerpo de evidencia sobre la eficacia del PU en el tratamiento de los trastornos emocionales; lo que puede tener implicaciones significativas para la práctica clínica, ayudando a guiar a los profesionales de la salud mental en la selección de intervenciones terapéuticas más efectivas y adaptadas a las necesidades de sus pacientes.

En este trabajo se realiza una revisión de las teorías explicativas de la depresión a lo largo del tiempo; además, se repasan los tratamientos disponibles para la misma, en especial el PU, del que se describen las bases teóricas y metodológicas. Se presenta también la metodología utilizada para medir la efectividad del dispositivo grupal; así como el análisis descriptivo y estadístico de los resultados obtenidos; y las conclusiones a las que se llegaron.

Capítulo 1: Marco teórico

1.1. Introducción

Debido a la alta incidencia de los trastornos depresivos en la actualidad, especialmente en países como el Ecuador, que se encuentran en vías de desarrollo, el desafío consiste en probar la efectividad de tratamientos de alta calidad, estandarizados y de fácil aplicación en lo que se refiere a aspectos operativos y logísticos, en esta población.

La depresión es la vivencia persistente e intensa de los sentimientos habituales de tristeza, en la que coexisten síntomas tanto físicos (afección del sueño, el apetito, cansancio físico, etc.) como emocionales (anhedonia, sentimientos de culpa, dificultad para tomar decisiones, ánimo bajo, etc.). Estas manifestaciones clínicas llegan a ser incapacitantes y afectan la forma normal de desenvolverse de las personas en los distintos ámbitos, tales como: laboral, familiar, académico, social, etc. (San Molina y Arranz Martí, 2010).

Barlow (2019) resalta los puntos comunes en las bases etiológicas del grupo que denomina trastornos emocionales, que abarcan los depresivos y ansiosos; así, desarrolla el Protocolo Unificado de Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU).

En este capítulo, se realiza una revisión histórica y conceptual acerca de la Depresión, así como las bases teóricas y la efectividad estudiada hasta la actualidad del PU; debido a que, la presente investigación tiene como objetivo no solo ampliar el conocimiento teórico y técnico sobre el enfoque transdiagnóstico del PU, sino también abordar un aspecto sumamente relevante no explorado en la investigación, en nuestro contexto social: analizar cómo el PU podría llegar a tener un impacto positivo en los síntomas depresivos.

1.2. Depresión

1.2.3. Revisión histórica

La depresión es un trastorno común, puesto que un 5% de la población mundial padece este trastorno mental (OMS, 2017); y se presenta en todos los géneros, edades, en todos los orígenes sociales; además, es la principal causa de discapacidad medida por los años de vida ajustados por discapacidad (Lang y Borgwardt, 2013).

A lo largo de la historia de la humanidad, se ha conocido a esta entidad nosológica con diferentes nombres y clasificaciones, con base en distintas corrientes filosóficas y

psicológicas/médicas correspondientes a cada época; se tiene registro de una de las primeras conceptualizaciones de la depresión, por Hipócrates, en los siglos V y VI a.C., quien la define como un carácter melancólico debido a la presencia de bilis negra (Conti, 2007).

Durante el siglo II d.C., la conceptualización se precisó en una estructura conceptual cada vez más estable, de forma que los escritos médicos islámicos y occidentales mantuvieron la misma definición y comprensión básica del problema durante casi mil quinientos años (Cobo, 2005). Más adelante, en la Edad Media (siglo V), debido a las características sociales de la época, se creía que todos los males de la humanidad, incluyendo la depresión (conocida entonces como melancolía), eran originados a causa de los demonios; quien defendía esta teoría, que fue ampliamente aceptada por los cristianos, fue San Agustín (Korman y Sarudiansky, 2011).

No es sino hasta el siglo XVIII, que surge por vez primera el término depresión en el idioma inglés (*depression*), el cual tiene un origen etimológico en el Latín “*de y premere*”, que significa apretar; y “*deprimere*”, que se refiere a empujar hacia abajo.

Posteriormente, Richard Blackmore, poeta y médico en el año 1725, menciona “encontrarse deprimido, en profunda tristeza y melancolía”; de esta forma, se empieza a asociar el término depresión con melancolía, tristeza y estados de ánimo disfóricos (Jackson, 2018).

A partir del hecho de que se empieza a asociar la Depresión, con una enfermedad/trastorno de orden emocional, que afecta en especial al humor, esta ha estado presente en diversos clasificadores y ha sido descrita de diferentes maneras, con el objetivo especialmente de facilitar la comunicación entre profesionales, investigadores y estudiosos de ciertos fenómenos psicológicos; por ello, a continuación, se abarca brevemente algunos de ellos:

Existen dos clasificadores muy importantes para los psicólogos y en general los profesionales que se desempeñan en el área de la salud: el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), perteneciente a la American Psychiatric Association (APA) y la Clasificación internacional de las enfermedades (CIE), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En lo referente al DSM (APA, 1988), en su tercera edición se utiliza por vez primera el término depresión, ya que previo al mismo, se usaban conceptos más generales y abarcativos, tales como neurosis o psicosis; en esta versión del manual se introdujo el término "Trastorno Depresivo Mayor" como una categoría diagnóstica específica, que incluye los siguientes síntomas:

- a) **Estado de ánimo deprimido:** presencia de un estado de ánimo triste, abatido o irritable como uno de los síntomas principales.
- b) **Pérdida de interés o placer:** disminución significativa del interés o el placer en actividades que normalmente se disfrutaba.
- c) **Cambios en el peso o el apetito:** pérdida o ganancia significativa de peso sin razón aparente, o un cambio en el apetito.
- d) **Insomnio o hipersomnía:** alteración del sueño, que podría incluir insomnio o dormir en exceso (hipersomnía).
- e) **Agitación o enlentecimiento psicomotor:** cambios considerables en la velocidad de las actividades físicas o mentales.
- f) **Fatiga o pérdida de energía:** constante sensación de cansancio extremo físico o mental.
- g) **Sentimientos de inutilidad o culpa inapropiada:** persistentes y que causan malestar importante en el individuo.
- h) **Dificultades para concentrarse:** disminución de la capacidad de concentración o indecisión.
- i) **Pensamientos de muerte o suicidio:** La presencia de pensamientos de muerte, ideación suicida o intentos de suicidio.

En 1994 se publica la cuarta edición del DSM, generando algunas variaciones en la concepción de la depresión; la diferencia principal entre el DSM-III (APA, 1988) y el DSM-IV (APA, 1994) en la categoría de depresión es la manera en que se describen los trastornos del estado de ánimo y la clasificación de estos.

Heinze (1996) menciona algunas de las diferencias clave:

a) **Subdivisión de categorías:** En el DSM-III, se menciona exclusivamente el "Trastorno Depresivo Mayor"; no obstante, en el DSM-IV, se incluye una distinción entre el "Trastorno Depresivo Mayor" (que requería la presencia de al menos cinco de nueve síntomas durante dos semanas) y la "Distimia" (que implicaba síntomas menos intensos, pero crónicos durante al menos dos años).

b) **Criterios de duración:** El DSM-IV detalla criterios más minuciosos en cuanto a la duración de los episodios depresivos, lo que permitía una evaluación más pertinente de la gravedad y la duración de la depresión.

c) **Introducción del Trastorno Bipolar:** El DSM-IV clasifica a los trastornos bipolares en una categoría separada, en lugar de agruparlos en los trastornos depresivos, usando la nomenclatura "depresión maníaca" como se hacía en el DSM-III.

Estas modificaciones en el DSM-IV simbolizaron un avance en la comprensión y el diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo, incluida la depresión, y permitieron una diferenciación más clara entre diferentes tipos de trastornos depresivos y bipolares

Posteriormente la APA publica una nueva edición del DSM-IV (APA, 1994), denominada DSM-IV-Text revision (APA, 2001); First y Pincus (2002), señalan los cambios más relevantes entre estas dos ediciones:

- **Criterios diagnósticos:**

a) En lo que se refiere a la duración, en el DSM-IV se estipuló un periodo de dos semanas con presencia de los síntomas; en cambio el DSM-IV-TR lo redujo a una semana.

b) En el criterio de pérdida o aumento de peso, en el DSM-IV, el porcentaje de peso perdido o ganado debía ser de al menos un 5% del peso corporal; no obstante, el DSM-IV-TR, merjó el mínimo al 2.5%.

c) En cuanto a la pérdida de interés o placer, en el DSM-IV, esta se precisaba como una disminución de la capacidad para disfrutar de actividades que antes se encontraban placenteras; pero en el DSM-IV-TR, se dilucidó que la pérdida de interés o placer debe ser lo suficientemente grave como para interferir con las actividades cotidianas.

- **Subtipos de depresión**

En el DSM-IV, se distinguían tres subtipos de trastorno depresivo mayor:

Episodio depresivo mayor sin síntomas psicóticos: presencia de los síntomas depresivos descritos anteriormente, pero sin la presencia de síntomas psicóticos, como delirios o alucinaciones.

Episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos: síntomas depresivos descritos anteriormente, en conjunto con síntomas psicóticos.

Episodio depresivo mayor con características melancólicas: síntomas depresivos más graves, como la tristeza profunda, la anhedonia, la culpa inapropiada, la desesperanza y el retraso psicomotor.

En el DSM-IV-TR, se añadieron dos subtipos adicionales:

Episodio depresivo mayor con características ansiosas: ansiedad o síntomas ansiosos junto con los síntomas depresivos.

Episodio depresivo mayor con síntomas disociativos: presencia de síntomas disociativos, como amnesia, despersonalización o desrealización, coexistiendo con los síntomas depresivos.

Existen también ciertas diferencias en el diagnóstico de la depresión entre el DSM en su cuarta y quinta edición; se resaltan algunas de las primordiales (APA, 2014):

a) **Diagnóstico:** Se incluye el Episodio Depresivo mayor dentro de la categoría de Trastorno Depresivo Mayor.

b) **Criterios diagnósticos:** El DSM-5 examina y precisa los criterios diagnósticos para el Trastorno Depresivo Mayor; uno de los cambios importantes fue la eliminación del luto (duelo) como una excepción para el diagnóstico de depresión en el período de duelo normal.

c) **Categoría de Trastorno Disfórico Premenstrual:** El DSM-5 introduce una nueva categoría llamada "Trastorno Disfórico Premenstrual", que se relaciona con síntomas emocionales y físicos severos que acaecen en el período premenstrual.

d) **Otras especificaciones:** El DSM-5 agrega nuevas especificaciones para la gravedad y el curso del trastorno depresivo, lo que permite una descripción más precisa de la condición.

e) **Trastorno Depresivo Persistente:** La Distimia (donde los síntomas depresivos tienen menor intensidad, pero una duración de dos años o más), pasa a ser reconocida bajo el nombre "Trastorno Depresivo Persistente".

Estos cambios manifiestan un progreso en la comprensión de los trastornos depresivos y una mayor exactitud en los criterios diagnósticos; se debe también tener en cuenta que las revisiones en las ediciones del DSM se basan en los avances que va teniendo la investigación en psicopatología.

En lo concerniente a la CIE, la primera vez que la depresión se incluyó en la CIE fue en la sexta revisión (CIE-6); en la que se utiliza la categoría "Neurosis Depresiva" para describir una forma prematura de trastorno depresivo. Aunque la descripción en esta edición es bastante escueta e inespecífica, se hace referencia a síntomas emocionales, como: ánimo deprimido, tristeza y desesperación; igualmente, no incluye criterios específicos de duración o número de síntomas como sí lo realizan las ediciones posteriores (OMS, 1950).

Posterior a la sexta edición, no se registran avances o cambios en la conceptualización o indicaciones de síntomas específicos en el diagnóstico de la depresión; por ello, se explican las diferencias encontradas con ediciones posteriores.

La principal diferencia entre la CIE 6 y la CIE 10 radica principalmente en:

a) **Nomenclatura:** En la CIE-6, la depresión no se encontraba tan pormenorizada como lo está en la CIE-10: en la CIE-6 se usa el término "Neurosis Depresiva" para identificar una forma temprana de trastorno depresivo; por otro lado, en la CIE-10, la depresión se clasifica de manera más específica como "Trastorno Depresivo Mayor" (Major Depressive Disorder) y "Distimia" (Dysthymia).

b) **Criterios diagnósticos:** La CIE-10 provee criterios diagnósticos más minuciosos y específicos para la depresión, lo que permite una evaluación más precisa de la gravedad y la duración del cuadro clínico.

c) **Trastorno Depresivo Mayor y Distimia:** La CIE-6 no incluía una distinción clara entre el Trastorno Depresivo Mayor y la Distimia; a diferencia de la CIE-10, la cual contrasta los dos diagnósticos. El Trastorno Depresivo Mayor se caracteriza por episodios de

depresión más intensa, mientras que la Distimia se refiere a una depresión que se experimenta de manera crónica, pero con menor intensidad.

d) Inclusión de luto: En la CIE-6, el duelo se considera una subcategoría de la "Neurosis Depresiva", pero en la CIE-10, se elimina la excepción de duelo como motivo de diagnóstico de depresión mayor.

e) Cambios en las denominaciones de la clasificación de trastornos del estado de ánimo: La CIE-10 reorganiza la categoría de "Trastornos del Estado de Ánimo" para abarcar varios diagnósticos, lo que indica una comprensión más amplia y detallada de los trastornos del estado de ánimo (OMS, 1995).

Comparando la CIE 10 con la CIE 11, en la categoría diagnóstica de depresión, se han podido destacar las siguientes diferencias principales:

a) Reforma de la clasificación: En la CIE-10, los trastornos depresivos se clasifican en dos grupos: los trastornos depresivos mayores y los trastornos depresivos menores; la CIE-11, por su parte, agrupa los diferentes trastornos depresivos en un único grupo, el "trastorno depresivo".

b) Criterios diagnósticos: La CIE-11 introduce algunos cambios en los criterios diagnósticos para la depresión, detallando más los mismos, permitiendo así una comprensión más específica de esta clasificación.

c) Inclusión de nuevos trastornos: La CIE-11, a diferencia de la edición previa (CIE 10), incluye dos nuevos trastornos depresivos: el trastorno depresivo con síntomas psicóticos y el trastorno depresivo con síntomas somáticos (OMS, 2023).

1.2.4. Concepciones teóricas acerca de la Depresión

Como ya se ha mencionado previamente en este trabajo, la depresión constituye un desorden mental recurrente, frecuentemente crónico y que en muchas ocasiones requiere de un tratamiento a largo plazo (Angst, 1997; Botto et al., 2014). Aquí se repasan algunas de las explicaciones que se han dado a este fenómeno patológico, desde distintas teorías psicológicas.

a) Una de las primeras perspectivas psicológicas de la Depresión fue la de la agresión vuelta hacia dentro, basada en una perspectiva psicoanalítica, desarrollada en un inicio por Abraham y profundizada posteriormente por Freud (Akiskal y McKinney, 1973). Aquí se considera que el origen de este trastorno son sentimientos hostiles y ambivalentes hacia un ser amado, debido a que dichos sentimientos son inaceptables por la instancia consciente de la persona, entonces son reprimidos y vueltos hacia dentro, generando síntomas depresivos, como la tristeza profunda o la pérdida del interés en los distintos sucesos de la vida cotidiana. Esta teoría no cuenta con un sustento empírico sólido, por lo que no se ha continuado su desarrollo (Abraham, 1942).

b) Desde un enfoque cognitivo conductual, la depresión se genera a partir de un conjunto de cogniciones desadaptativas o distorsionadas, acerca del mundo, de sí mismo y del futuro; estos pensamientos se forman a partir de la vivencia repetida de situaciones aversivas, que han ido interpretándose por el individuo de manera negativa, llegando a provocar un cuadro depresivo (Brewin, 1996; Ellis, 1995).

c) Las teorías biológicas; por otro lado, se fundamentan en alteraciones a nivel físico o fisiológico que ocurren en el organismo; entre ellas: la hipótesis de la monoamina, que sostiene que la aparición del trastorno depresivo se debe a un desequilibrio en la producción de neurotransmisores esenciales en la regulación del estado de ánimo, tales como: serotonina, dopamina y noradrenalina (Elhwuegi, 2004); también se postula la participación de la neuroinflamación en la depresión: el estrés causado por una infección o el estrés psicológico excesivo activan receptores de tipo toll, como el TLR-4, el factor de transcripción NF-kB, el inflammasoma NLRP3, así como la secreción de interleucina 1 beta (IL-1 β) e interleucina 6 (IL-6); esto causa, en primer lugar, los síntomas generales de enfermedad que aparecen con cualquier infección, pero también los síntomas característicos de la depresión como disforia y anhedonia.

Las evidencias indican que, si el estímulo persiste o se repite en las siguientes 24 horas, se activa la enzima indolamina 2,3-dioxigenasa (IDO) de la vía metabólica de la quinurenina, lo cual incrementa la síntesis del ácido quinolínico y reduce la síntesis de serotonina. El ácido quinolínico activa los receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA) en el sistema nervioso central y estimula la secreción de, entre otras, las interleucinas IL-6 e IL-1 β , las cuales promueven la hiperactividad del eje hipotálamohipófiso- suprarrenal y refuerzan la desviación del metabolismo del triptófano hacia la producción de ácido quinolínico, así como de las interleucinas de la inmunidad innata, con lo cual se reduce más la síntesis de serotonina y se consolida el proceso depresivo (Lang y Borgwardt, 2013; Ramírez et al., 2018).

1.3. Tratamientos para la Depresión

Al ser la Depresión un fenómeno patológico con tanta incidencia y ampliamente estudiado, se han desarrollado varios tipos de tratamientos psicológicos y psiquiátricos; razón por la cual, se abordan a continuación los más relevantes:

1.3.1. Terapias conductuales

La Activación Conductual (AC) (Martell et al., 2003) y la Terapia de activación conductual para la depresión (TACD) (Lejuez et al., 2001) centran su intervención en una base común: el entendimiento del bajo repertorio conductual de un paciente depresivo y la importancia de activar conductas que generen refuerzos positivos (Barraca, 2009); estos tratamientos se originan a partir de los hallazgos del análisis funcional de Ferster, donde se descubre que la disminución significativa de emisión de conductas que generan refuerzos positivos para el individuo, inciden directamente en su estado de ánimo (Ferster, 1973).

Barraca (2016) explica varios principios y técnicas de estos protocolos:

- 1.** Identificación de patrones de evitación: El terapeuta trabaja con el paciente para identificar patrones de evitación de actividades que solían ser placenteras o significativas. Estos patrones pueden incluir la retirada de actividades sociales, el aislamiento, la falta de ejercicio, la falta de interés en pasatiempos o actividades antes disfrutadas, entre otros.
- 2.** Programación de actividades agradables: Una vez que se han identificado los patrones de evitación, se ayuda al paciente a programar y llevar a cabo actividades placenteras y gratificantes. Esto puede incluir establecer metas pequeñas y alcanzables para comenzar a participar en actividades diarias.
- 3.** Identificación de valores y metas personales: La TACD también se centra en ayudar al paciente a identificar sus valores y objetivos personales. Al establecer metas que estén alineadas con estos valores, el paciente puede encontrar un mayor sentido de propósito y satisfacción en su vida.
- 4.** Seguimiento y evaluación: Durante el tratamiento, se realiza un seguimiento de las actividades programadas y se evalúa cómo afectan el estado de ánimo del paciente. Esto permite ajustar el plan de tratamiento a medida que progresa.

5. Toma de conciencia de las barreras: La TACD también se centra en identificar las barreras que pueden estar impidiendo que el paciente se involucre en actividades gratificantes. Estas barreras pueden ser emocionales, cognitivas o prácticas, y se abordan de manera colaborativa.

1.3.2. Terapia interpersonal

Este tipo de abordaje terapéutico se origina a partir de la inclusión de diferentes perspectivas sociales, tales como la antropología, sociología y psicología social en la visión de la psiquiatría tradicional, integrando conocimientos pertenecientes a las áreas de los fenómenos sociales, con el estudio de los procesos mentales (Whaley, 2006).

La intervención terapéutica consta de tres fases: en la primera se realiza una evaluación minuciosa de los síntomas depresivos y se los relaciona con el contexto interpersonal del individuo; en la fase intermedia se elige una de las 4 áreas esenciales en la terapia interpersonal, para abordarla, las áreas son: duelo, disputas interpersonales, transiciones de rol y déficits interpersonales; y en la última etapa se prepara al paciente para que reconozca su independencia y habilidades interpersonales (Oliván, 2006).

1.3.3. Terapia cognitiva

Este tratamiento se basa en el enfoque cognitivo, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas; entonces, la experiencia emocional de una persona está condicionada por la percepción que esta tenga de sus vivencias (Beck, 2008).

A partir de la infancia, los seres humanos vamos desarrollando ciertas creencias acerca de uno mismo, de los demás y del mundo, formando así unas creencias centrales, mismas que son consideradas por el individuo como verdades absolutas y de ellas se desprenden otros pensamientos más periféricos que se denominan distorsiones cognitivas.

Debido a esto, el eje central de la terapia cognitiva consiste en realizar una modificación o reestructuración de aquellas cogniciones desadaptativas que causan sufrimiento emocional y que contribuyen al mantenimiento o intensidad de la sintomatología depresiva (Bados-López y García-Grau, 2010).

1.3.4. Tratamientos biológicos

De acuerdo con el modelo médico terapéutico, existen factores biológicos que originan el trastorno depresivo, los cuales comprenden la alteración de los circuitos de noradrenalina, serotonina y dopamina en el Sistema Nervioso Central, además de cambios significativos en el funcionamiento del tronco encefálico, el hipotálamo y las estructuras del sistema límbico. Hasta ahora, las razones detrás de esta disfunción sináptica no se han desvelado por completo, pero se sugiere la influencia de factores genéticos y ambientales.

De acuerdo con un enfoque biológico más reciente, la respuesta del cuerpo a los factores estresantes del entorno se traduce en un aumento de la actividad noradrenérgica, serotoninérgica y dopaminérgica, lo que explica los estados de ansiedad e irritabilidad característicos en la fase aguda; no obstante, con el tiempo, los circuitos de monoaminas experimentan un proceso gradual de agotamiento, con una disminución en la disponibilidad de neurotransmisores y la aparición de estados depresivos. Además, se han identificado situaciones de estrés psicológico en las etapas iniciales del desarrollo como otro factor desencadenante, lo que parece inducir cambios funcionales en estos sistemas (Pérez-Esparza, 2017).

- De acuerdo con esta teoría de la disfunción de monoaminas, se han desarrollado varias líneas de tratamiento farmacológico:

1. Inhibidores de la monoaminoxidasa: Mientras se desarrollaba un tratamiento para la tuberculosis en los laboratorios de “Hoffmann-La Roche Ltd” en Estados Unidos, se sintetizó isopropil-isonicotinil hidrazida (iproniazida), un derivado monoalquilo de la isoniazida. Las observaciones clínicas informaron marcados "efectos secundarios" de la iproniazida en pacientes tratados por tuberculosis, que incluían euforia, psicoestimulación, aumento del apetito y mejora del sueño (López-Muñoz et al., 2007). Los “efectos secundarios” producidos por la iproniazida no se identificaron originalmente como efectos terapéuticos porque estos efectos secundarios no fueron consistentes entre los estudios. Así, la iproniazida se convirtió en el primer tratamiento farmacológico exitoso para la depresión y está clasificada como un inhibidor de la MAO, enzima que produce la desaminación o degradación oxidativa de aminas biogénicas (p. ej., serotonina, dopamina, epinefrina y norepinefrina) y aminas simpaticomiméticas (p. ej., tiramina, bencilamina, etc.) (Hillhouse y Porter, 2015).

2. Antidepresivos tricíclicos (ATC): Se denominan así debido a su estructura química, que consta de tres anillos en su molécula, aunque los ATC han sido ampliamente utilizados en el pasado, han perdido popularidad en comparación con otros tipos de antidepresivos más nuevos; esto se debe a que poseen una mayor cantidad de efectos secundarios, así como un mayor riesgo de toxicidad en sobredosis.

Algunos ejemplos de antidepresivos tricíclicos incluyen: amitriptilina (Elavil), imipramina (Tofranil), clomipramina (Anafranil), doxepina (Sinequan), nortriptilina (Pamelor); los cuales, aumentan la disponibilidad de neurotransmisores como la serotonina y la noradrenalina en el cerebro (Abdala, 1975).

3. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: Su mecanismo consiste en aumentar la disponibilidad de serotonina en las sinapsis neuronales. Esto se logra al bloquear la recaptación de serotonina por parte de las neuronas, lo que resulta en un aumento de la cantidad de serotonina en el espacio entre las neuronas y, en última instancia, en una mejora del equilibrio químico del cerebro.

Los cinco inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina y citalopram, tienen una eficacia antidepresiva similar y un perfil de efectos secundarios similar.

Este tipo de fármacos tiene efectos secundarios, como: náuseas, diarrea, sequedad de boca, insomnio o somnolencia, aumento de peso, disminución del deseo sexual, mareos; no obstante, han demostrado ser más seguros que los medicamentos tricíclicos, en cuanto a toxicidad para el organismo y en lo que respecta a efectos adversos, pues han demostrado ser menos frecuentes e intensos (Hiemke y Härtter, 2000; Nawras et al., 2023).

- **Terapia electroconvulsiva**

La terapia electroconvulsiva se sustenta en varios aspectos neurobiológicos; entre ellos:

Acción neuroendocrina: Los síntomas de la depresión, como los relacionados con el apetito, el sueño, el deseo sexual y los ritmos circadianos, reflejan alteraciones en el hipotálamo, y las evaluaciones de la función neuroendocrinológica en estado basal también son congruentes con un funcionamiento anormal del hipotálamo. Dado que el tratamiento

restaura la función del hipotálamo, pues tiene lugar en el diencéfalo y se manifiesta a través de efectos complejos en diversos péptidos hipotalámicos y hormonas hipofisarias.

El efecto neurohormonal más consistente de esta terapia es el aumento de los niveles séricos de prolactina después de la convulsión, que eleva de 10 a 50 veces su nivel basal en 10-20 segundos después del estímulo eléctrico, para luego volver a su nivel previo en un lapso de dos horas (García, 1998; Ohman et al., 1976).

Acción en los neurotransmisores: Según esta teoría, se comprende que las convulsiones eléctricas provocadas, actuarían de una manera análoga a la función que desempeñan en el encéfalo los antidepresivos, mejorando los déficits de neurotransmisores (serotonina, dopamina, noradrenalina) en sistemas relevantes del cerebro (Baldinger et al., 2014).

Este es un tratamiento eficaz, por las siguientes razones: se consigue mejoría significativa en un 80% de casos de depresión severa; alto índice de seguridad (como lo indican las cifras de mortalidad general con TEC que son de 0.002 a 0.004% por tratamiento y de .01 a .03% por paciente) y a la gran rapidez de acción, que disminuye el sufrimiento del paciente, y acorta la duración de las hospitalizaciones (Ríos y Vicente, 2001).

1.3.5. Tratamientos transdiagnósticos

Esta corriente terapéutica nace como una alternativa al método tradicional basado en diagnósticos categoriales, debido a las desventajas que los mismos presentan, tales como: la inflación de los trastornos mentales (cada manual incluye más diagnósticos, ejemplo: el DSM ha duplicado sus síndromes o trastornos desde su primera publicación); y la elevada comorbilidad entre categorías diagnósticas distintas (Sandín et al., 2012).

Además, se habla también del riesgo de medicalizar problemas de la vida cotidiana, pues el aumento constante de trastornos y subtipos en la clasificación de enfermedades mentales, junto con la falta de claridad en su validez y la disminución de los criterios para el diagnóstico en algunos casos, plantea el riesgo de extender el ámbito de la psicopatología a la normalidad. Esto significa que problemas comunes de la vida cotidiana pueden ser medicalizados y etiquetados como trastornos psiquiátricos; a medida que se incrementa la cantidad de diagnósticos, con sus fronteras difusas, la probabilidad de que una persona al azar

sea considerada dentro de uno o varios de estos diagnósticos aumenta (Vallejo-Ruiloba, 2015).

Así, el tratamiento transdiagnóstico pretende brindar una alternativa, trabajando sobre los síntomas y aquellos factores comunes que subyacen a las categorías diagnósticas, convirtiendo a la terapia en una más abarcativa y completa (González et al., 2018).

Los factores o dimensiones transdiagnósticas en las que se enfoca este tipo de intervención son:

- **Evitación experiencial:** fenómeno que se produce cuando una persona evita conscientemente conectar con experiencias personales privadas, como sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos o estilos de comportamiento, y trata de modificar tanto la manera, como la frecuencia de dichos eventos, así como el entorno que los desencadena; se puede describir como evitar el contacto con experiencias privadas y tratar de modificar su impacto y el contexto en el que surgen (Hayes et al., 1996).
- **Sensibilidad a la ansiedad:** temor a las sensaciones internas de ansiedad o activación del sistema nervioso autónomo, que está vinculado a la creencia de que estas señales indican riesgo o que presentan potencial para desencadenar otras consecuencias negativas (Pozza et al., 2014).
- **Intolerancia a la incertidumbre:** dificultad o la incapacidad de una persona para manejar situaciones en las que no puede prever o conocer con certeza el resultado o el desarrollo de los acontecimientos. Esto puede provocar ansiedad o malestar, ya que la persona se siente incómoda ante la falta de certeza y prefiere tener control y seguridad en sus circunstancias (González et al., 2013).
- **Afecto negativo:** tendencia a permanecer en estados emocionales considerados como negativos y caracterizados por emociones que incluyen tristeza, ira, miedo, ansiedad, etc. (Blázquez et al., 2012).
- **Perfeccionismo:** constante aspiración hacia la máxima calidad, la perfección y la eliminación de cualquier error en sus labores, actividades o en la vida en su totalidad. Las personas que tienen tendencias perfeccionistas suelen fijar niveles extremadamente altos para su propio desempeño y son autoexigentes, siendo muy autocríticas cuando no logran cumplir con esos estándares (González et al., 2013).

- Rumiación: estilo cognitivo hiperreflexivo se manifiesta a través de pensamientos repetitivos y duraderos acerca de eventos pasados, como errores, conflictos o fracasos, los cuales influyen negativamente en el estado emocional de la persona (González et al., 2018).

Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales

El enfoque terapéutico que se propone para este trabajo investigativo es el Protocolo unificado para el tratamiento de trastornos emocionales, cuyo origen radica en la idea del autor de integrar herramientas terapéuticas de varios enfoques, de una manera sistematizada y simple, que permita a los terapeutas entrenarse eficazmente y sobre todo disponer de un instrumento útil y altamente efectivo (Barlow et al., 2004).

Barlow (2004) manifiesta que existen similitudes profundas tanto en la etiología, como en la estructura de desórdenes mentales de orden depresivo o ansioso; por lo que denomina a este espectro “trastornos emocionales”; abriendo la posibilidad de desarrollar un conjunto de procedimientos psicológicos integrados en un protocolo unificado.

Con base en la investigación y teoría de distintos enfoques terapéuticos, tales como aquellos enfocados en el aprendizaje, el desarrollo, la regulación emocional y las ciencias cognitivas, se determina que existen tres principales componentes terapéuticos, que serían la base para este tratamiento: alterar las reevaluaciones cognitivas antecedentes; prevenir la evitación emocional; y facilitar tendencias de acción no asociadas con la emoción que se ha desregulado.

La premisa principal del tratamiento es que los individuos con trastornos emocionales utilizan estrategias de regulación emocional desadaptativas, (en concreto, intentos para evitar o disminuir la intensidad de las emociones incómodas) las cuales, en última instancia, resultan contraproducentes y contribuyen al mantenimiento de sus síntomas. Por tanto, el PU es un enfoque centrado en el tratamiento de la emoción, es decir, está diseñado para ayudar a los pacientes a que aprendan cómo afrontar y experimentar emociones incómodas, y para responder a sus emociones de una manera más adaptativa. Este tratamiento tiene como objetivo reducir la intensidad y la incidencia de las experiencias emocionales desadaptativas y mejorar el funcionamiento de los pacientes mediante la modificación de sus hábitos de regulación emocional (Barlow et al., 2019).

El manual cuenta con 8 módulos: los primeros dos se centran en la evaluación del paciente y en la construcción de la alianza terapéutica; los siguientes seis módulos se centran en los tres componentes principales del tratamiento: alterar las reevaluaciones cognitivas antecedentes: Este módulo se centra en ayudar a los pacientes a identificar y modificar los pensamientos negativos que contribuyen a sus emociones negativas; prevenir la evitación emocional: Este módulo se centra en ayudar a los pacientes a enfrentar las emociones negativas sin evitarlas o suprimirlas; facilitar tendencias de acción no asociadas con la emoción que se ha desregulado.

Numerosos estudios han demostrado la efectividad del PU, se han seleccionado algunos relevantes que se detallan a continuación:

Sánchez (2018) desarrolla una propuesta de intervención adaptando el PU, el cual es aplicado a una muestra de 19 participantes evaluados de forma pre y post tratamiento, se implementó el protocolo de terapia grupal transdiagnóstica en 17 sesiones grupales; obteniendo los resultados: diferencias estadísticamente significativas para las medidas (depresión, ansiedad, calidad de vida, sintomatología). Concluyendo que el protocolo de intervención transdiagnóstica grupal implementado resulta una herramienta eficaz en la reducción de sintomatología clínica de la muestra de participantes del estudio.

En un estudio desarrollado en Argentina a 23 pacientes adultos con trastornos emocionales, incluyendo ataque de pánico, agorafobia, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad no especificado y depresión mayor del espectro ansioso-depresivo; evaluándolos mediante medidas pre y post-tratamiento y que asistieron a un promedio de 14 sesiones en formato grupal. Los resultados mostraron una reducción significativa de los síntomas de ansiedad, depresión y de las dificultades en la regulación emocional, así como un aumento de las emociones positivas, la fortaleza personal y mejoría funcional. Estos datos aportan evidencia sobre la efectividad del abordaje transdiagnóstico para trastornos emocionales en Argentina (Grill et al., 2017).

En España, se realizó una investigación, en la que se aplica el PU grupal a 12 participantes, realizando un pre y postest, para poder analizar la efectividad del protocolo, se evidenció que, las diferencias de medias pre-post han resultado estadísticamente significativas tanto en depresión, como en ansiedad; además, el 75 % de los participantes dejó

de cumplir criterios para su diagnóstico principal en la evaluación posttest (Castellano-Badenas et al., 2015)

Un metaanálisis evaluó 19 ensayos controlados aleatorios (RCT) y 13 estudios no controlados pre-post, con la participación de 2183 pacientes, para determinar si el PU genera cambios significativos en la gravedad de los síntomas de ansiedad y depresión en niños, adolescentes y adultos. Los resultados muestran tamaños de efecto combinados grandes a moderados tanto para la depresión como para la ansiedad en los estudios no controlados pre-post ($g = 0.756$) y en los RCT ($g = 0.452$), respectivamente. Se observa un tamaño de efecto grande desde el pretratamiento hasta el seguimiento de 3 a 6 meses para la combinación de depresión y ansiedad ($g = 1.113$). El análisis de subgrupos indica que el tratamiento es consistente en las medidas de autoinforme de ansiedad y depresión. Además, la intervención supera tanto a las condiciones de control pasivas como activas en el tratamiento de los síndromes afectivos negativos. La meta-regresión confirma efectos moderados relacionados con la experiencia del terapeuta, las características de la muestra y las adaptaciones del protocolo. En resumen, los hallazgos sugieren que el tratamiento manualizado con el PU tiene el potencial de disminuir la sintomatología, especialmente en casos de ansiedad y depresión (Carlucci et al., 2021).

Otro trabajo investigativo evaluó la eficacia del Protocolo Unificado, en comparación con protocolos específicos para un solo trastorno (SDP); participaron 179 adultos que consultaban en servicios de psicoterapia, con edades entre 18 y 66 años, muestra que se dividió en dos grupos (a uno de ellos se aplicó el PU y al otro, SDP). Ambos grupos experimentaron una significativa disminución en el número promedio de diagnósticos desde el inicio hasta el postratamiento y el seguimiento de 12 meses; se observaron mejoras significativas en la ansiedad generalizada, ansiedad social y depresión en ambos grupos, sin diferencias significativas entre ellos. Los resultados sugieren que tanto el PU como los SDP son eficaces en la reducción de los síntomas de trastornos emocionales, destacando las ventajas clínicas y prácticas de la terapia transdiagnóstica (Steele et al., 2018).

1.4. Conclusión

La depresión es un trastorno mental grave que afecta a millones de personas en todo el mundo; se caracteriza principalmente por un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o

placer en las actividades cotidianas, cambios en el apetito y el sueño, y fatiga o pérdida de energía.

A lo largo de la historia, la depresión ha sido conceptualizada de diferentes maneras, con diferentes nombres y clasificaciones; en la actualidad, los principales sistemas de clasificación de los trastornos mentales, el DSM-5 y la CIE-11, incluyen a la depresión como un trastorno del estado de ánimo; los criterios diagnósticos necesarios para el diagnóstico de depresión han ido evolucionando a través de la publicación y actualización de diferentes ediciones de los dos clasificadores.

Existen diferentes teorías que intentan explicar las causas de la depresión: las teorías biológicas sostienen que la depresión se debe a alteraciones en los neurotransmisores, como la serotonina, la dopamina y la noradrenalina; las teorías psicológicas sostienen que la depresión se debe a factores psicológicos, como los pensamientos negativos, las creencias irracionales y los eventos estresantes.

Hay diferentes tratamientos para la depresión, tanto farmacológicos como psicológicos; los tratamientos farmacológicos, como los antidepresivos, son eficaces para tratar los síntomas de la depresión, pero no siempre son suficientes; los tratamientos psicológicos, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal o las aproximaciones transdiagnósticas; por otro lado, son eficaces para tratar los factores psicológicos que contribuyen a la depresión.

El Protocolo Unificado para el Tratamiento de Trastornos Emocionales (PU) es un enfoque de tratamiento psicológico que se centra en la modificación de las estrategias de regulación emocional desadaptativas; este consta de ocho módulos, que se abordan en orden secuencial.

El PU ha demostrado ser un tratamiento eficaz para una variedad de trastornos emocionales. En estudios controlados, el PU resultó ser más eficaz que el tratamiento estándar para la ansiedad y la depresión.

Capítulo 2: Metodología

2.1. Hipótesis y pregunta de investigación

Para el desarrollo de este trabajo investigativo se ha planteado la siguiente pregunta de investigación:

¿Es el Protocolo Unificado para el tratamiento de los trastornos emocionales efectivo en la reducción de síntomas de la Depresión leve y moderada?

De esta manera, la hipótesis que se propone comprende que el resultado de la aplicación del postest refleja una disminución en la sintomatología depresiva luego de haber ejecutado el dispositivo grupal terapéutico basado en el PU.

2.2. Objetivo general:

Determinar la efectividad del dispositivo grupal terapéutico adaptado del Protocolo Unificado, en una población de estudiantes universitarios.

2.3. Objetivos específicos:

- 1) Evaluar los síntomas depresivos de los sujetos, mediante un pretest.
- 2) Aplicar el dispositivo grupal terapéutico basado en el Protocolo Unificado.
- 3) Valorar los síntomas depresivos mediante un postest.
- 4) Comparar los resultados de los tests utilizados antes y después de la terapia.

2.4. Metodología

2.4.1. Tipo de investigación

La presente investigación es cuasi experimental (se realizó una comparación pre y postest de un mismo grupo), con un enfoque metodológico cuantitativo, de tipo prospectivo y comparativo, con un alcance exploratorio.

2.4.2. Participantes

La muestra constó de un grupo terapéutico de 8 adultos; se conformó de una manera no probabilística intencional, se tomó en cuenta a los estudiantes de primer semestre de las carreras Ingeniería en Alimentos, Ingeniería en Minas, Ingeniería Electrónica, Ingeniería Ambiental y Tecnología Electrónica Automotriz, pertenecientes a la Facultad de Ciencia y

Tecnología de la Universidad del Azuay; a quienes se aplicó los reactivos: Inventario de depresión de Beck (BDI) e Inventario de depresión estado/rasgo IDER, los cuales se usaron para conformar el grupo de investigación, con puntuaciones en los tests correspondientes a depresión leve y moderada.

El grupo terapéutico tuvo los siguientes criterios de inclusión:

- Edad entre 20 y 30 años.
- Resultados en el test BDI, que indiquen la presencia de Depresión leve a moderada.
- Resultados en el inventario IDER, que señalen depresión leve o significativa en una de las escalas: rasgo o estado.
- Que expresen su aceptación para pertenecer al grupo, mediante su firma en el consentimiento informado.
- Predisposición para trabajar en el proceso grupal.
- Que sean estudiantes universitarios.

Los criterios de exclusión comprendieron:

- Menores a 20 y mayores a 30 años.
- Puntajes que no reflejen Depresión leve a moderada en el test BDI.
- Puntuación en IDER que no refleje la presencia de Depresión leve o significativa en al menos una de las escalas (estado, rasgo).
- Que no firmen el consentimiento informado.
- Que no tengan predisposición para el tratamiento grupal.
- Que no sean estudiantes universitarios.
- Que presenten síntomas psicóticos.

2.4.3. Instrumentos

Se evaluó a los candidatos utilizando el Inventario de Depresión de Beck (Beck y Steer, 1988), con un alfa de Cronbach de .9; mismo que cuenta con 21 ítems, cada uno con afirmaciones puntuadas de 0 a 3 según la intensidad del síntoma que evalúe esa pregunta; los rangos de interpretación son:

1-10: Altibajos considerados normales.

11-16: Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20: Estados de depresión intermitentes.

21-30: Depresión moderada.

31-40: Depresión grave.

+ 40: Depresión extrema.

También se usó el Inventario de Depresión Estado Rasgo (Spielberger, 2008), con un alfa de Cronbach de .8; se divide en dos escalas con 10 ítems cada una; los cuales constituyen afirmaciones que se puntúan del 1 al 4 según la frecuencia. La primera escala evalúa la depresión como estado (intensidad de los síntomas en el momento de la evaluación) y como rasgo (síntomas depresivos presentes en el individuo en su vida cotidiana, por un largo periodo de tiempo).

Para la calificación de cada escala se suman solo las afirmaciones negativas y se realiza otra sumatoria solo de los ítems negativos, estos dos valores se restan entre sí; al valor obtenido se le suma 50 (puntaje estandarizado que indica el test) en el caso de la escala de estado; por otro lado, en la escala de rasgo, al total de la resta de las preguntas afirmativas y negativas se le resta 50. Los puntos de corte son:

Menor o igual que 34: Depresión baja

35-42: Depresión media

Mayor que 42: Depresión grave

2.4.4. Análisis de datos

Los datos se analizaron mediante comparaciones estadísticas, usando el software R; se desarrolló una comparación estadística entre los resultados de la primera y segunda aplicación de los tests.

2.4.5. Procedimiento

En primera instancia, se procedió a tramitar los permisos correspondientes, mediante una solicitud y reuniones con la subdecano de la Facultad de Ciencia y Tecnología, para la aplicación de los instrumentos, así como del dispositivo terapéutico a los estudiantes pertenecientes a dicha facultad.

Posteriormente, se ejecutaron charlas cortas informativas en los primeros ciclos de las carreras de: Ingeniería en Minas, Ingeniería en Alimentos, Ingeniería Electrónica, Ingeniería Ambiental y Tecnología Electrónica Automotriz; con el fin de brindar información acerca del dispositivo a realizar y de receptar inscripciones mediante un formulario de Google.

Al contar con el número requerido de inscritos (10 personas), la terapeuta se puso en contacto con ellos para realizar una entrevista corta, en la que se aplicó los instrumentos; al seleccionar a los participantes, mediante los criterios de inclusión y exclusión, se conformó un grupo terapéutico de 8 personas.

Se desarrollaron las 10 sesiones correspondientes al PU; debido a la finalización del ciclo académico y movilización de los pacientes hacia otras ciudades, se adaptaron las dos últimas sesiones, que pertenecen a los módulos: exposición emocional interoceptiva y situacional; logros, mantenimiento y prevención de recaídas, a una versión virtual.

A continuación, se detalla el programa aplicado sesión por sesión, así como las adaptaciones que se realizaron al protocolo original.

Tabla 1.*Adaptaciones realizadas al PU*

| Nº de sesión | Objetivo | Técnicas/recursos | Desarrollo |
|---------------------|--|---|---|
| 1 | Mejorar la motivación para un compromiso con el tratamiento. | Rompehielos | Presentación de terapeutas y pacientes. |
| | | Motivación | Se introdujo el concepto de motivación y se analizó su importancia para el cambio. |
| | | Balance decisional | Mediante la hoja de balance decisional en el manual del paciente, se les ayudó a analizar los costes y beneficios de cambiar y de permanecer igual. |
| | | Establecimiento de objetivos del tratamiento. | En el manual del paciente, se les pidió completar la hoja de objetivos, direccionándolos a establecer metas específicas y alcanzables. |
| | | Tareas intersesión. | Seguimiento de los progresos, completando los autoinformes OASIS y OSIDIS; y el registro del progreso. |

| | | | |
|---|-------------------------|-------------------------------------|---|
| 2 | Entender las emociones. | Revisión de las tareas intersesión. | Se realizó una retroalimentación sobre las tareas, usando preguntas como: ¿De qué se dieron cuenta?, ¿Qué les gustaría cambiar de lo que han observado? |
|---|-------------------------|-------------------------------------|---|

| | |
|---------------------------------|---|
| Tres componentes de la emoción. | Se proporcionó una visión general de la naturaleza funcional y adaptativa de las emociones. |
|---------------------------------|---|

Se presentaron los tres componentes de las experiencias emocionales (pensamientos, sensaciones físicas y conductas).

Se introdujo el concepto de conductas impulsadas por la emoción.

| | |
|--------------------------------------|---|
| ARC de las experiencias emocionales. | Explicación el ARC de las experiencias emocionales y las respuestas aprendidas. |
|--------------------------------------|---|

| | |
|---------------------|---|
| Tareas intersesión. | Seguimiento de los progresos, completando OASIS, ODSIS y el registro de progreso. |
|---------------------|---|

Registro del modelo de los tres componentes de la emoción, seleccionando al menos una experiencia emocional que se produzca a lo largo de la semana, descomponiéndola en pensamientos,

| | | | |
|---|--|---------------------------------|--|
| | | | <p>sensaciones físicas y comportamientos.</p> <p>Registro de análisis contextual de emociones y CIE para identificar consecuencias a corto y largo plazo de sus respuestas a situaciones emocionalmente negativas y cualquier patrón de conductas aprendidas.</p> |
| 3 | Entrenar la conciencia emocional y aprender a observar las experiencias. | Revisión de tareas intersesión. | <p>Retroalimentación sobre las tareas realizadas durante la semana.</p> <hr/> <p>Conciencia emocional.</p> <p>Se introdujo la conciencia emocional sin juzgar y en el presente.</p> <hr/> <p>Ejercicio de conciencia emocional.</p> <p>Ejercicios de atención plena guiada por los terapeutas.</p> <p>Inducción del estado de ánimo con música.</p> <hr/> <p>Tareas intersesión.</p> <p>OASIS, ODSIS, Registro de progreso.</p> <p>Registro de análisis contextual de emociones.</p> <p>Práctica de la conciencia centrada en el presente sin juzgar 2 veces en la semana.</p> <p>Práctica informal de la conciencia</p> |

centrada en el presente varias veces al día, utilizando su señal elegida, como la respiración y lo anote en el Registro de anclaje en el presente una vez al día.

Elegir 2 canciones al menos, que tengan un fuerte significado personal o recuerdos asociados a ellas. Registrar las reacciones a esas canciones en el Registro de inducción al estado de ánimo, varias veces a la semana; se sugerirá que utilicen el Registro del modelo de los 3 componentes de la emoción, para explorar esas reacciones.

| | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------|---|
| 4 | Evaluar y reevaluar las cogniciones. | Revisión de tareas. | Retroalimentación sobre las tareas completadas durante la semana. |
|---|--------------------------------------|---------------------|---|

| | |
|---|--|
| Psicoeducación sobre el funcionamiento de los pensamientos. | Se explicó la relación recíproca entre pensamientos y emociones. |
|---|--|

| | |
|-----------------|--|
| Imagen ambigua. | Se realizó una demostración de evaluación cognitiva mediante una imagen ambigua. |
|-----------------|--|

| | |
|---------------------------|--|
| Pensamientos automáticos. | Identificación en la vida de los pacientes los errores de pensamiento más comunes. |
|---------------------------|--|

| | |
|------------------------------|--|
| Reevaluación de cogniciones. | Reevaluación cognitiva para incrementar la flexibilidad de pensamiento: contrarrestando la |
|------------------------------|--|

| | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|
| | | | sobreestimación y descatastrofizándolos. |
| | Tareas intersesión. | OASIS, ODSIS, Registro de progreso. | Registro de flechas descendentes para identificar evaluaciones automáticas. Registro de identificación y evaluación de pensamientos automáticos para supervisar evaluaciones y emociones (solo completar las 4 primeras columnas). Una vez identificadas las evaluaciones automáticas, iniciar el proceso de reevaluación, anotando en la última columna del registro. |
| 5 | Reducir la evitación emocional de conductas impulsadas por la emoción. | Revisión de la tarea | Se revisó la tarea con los pacientes. |
| | | Evitación emocional. | Introducción el concepto de evitación emocional. Presentación de varios tipos de estrategias de evitación emocional y cómo estas contribuyen al círculo negativo de la respuesta emocional. Identificación de las estrategias de evitación emocional de los miembros del grupo. |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | | | Demostración los efectos paradójicos de la evitación emocional. |
| | | Tareas intersesión. | OASIS, ODSIS, Registro de progreso. Registro de estrategias de evitación emocional, se explicará en la sesión lo que representa cada columna y demostrar cómo rellenar cada una usando ejemplos. |
| 6 | Reducir la evitación emocional de conductas impulsadas por la emoción. | Revisión de tareas, Conductas impulsadas por la emoción | Retroalimentación de las tareas realizadas. Se discutió en el grupo acerca de las conductas impulsadas por la emoción (CIE). Se identificaron las CIE desadaptativas y se desarrollaron tendencias de acción alternativas. |
| | | Tarea intersesión. | OASIS, ODSIS y Registro de progresos. Registro de cambio de las CIE. Animar a los pacientes a empezar a participar en situaciones que pueden provocarles emociones difíciles, por ejemplo: hablar con un amigo sobre un tema difícil, ver una película |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | angustiante, etc., para irse preparando para la sesión de exposición a las emociones. |
| 7 | Generar conciencia y tolerancia hacia las sensaciones físicas provocadas por emociones. | Revisión de tareas. | Revisión con los integrantes del grupo las tareas completadas. |
| | | Sensaciones físicas internas asociadas a emociones. | Identificación de las sensaciones físicas internas asociadas con sus emociones. Comprensión sobre el papel que juegan las sensaciones físicas internas en determinar las respuestas emocionales. |
| | | Provocar sensaciones físicas incómodas. | Se llevó a cabo ejercicios de síntomas diseñados para provocar sensaciones físicas incómodas. |
| | | Tareas intersesión. | OASIS, ODSIS y Registro de progreso. Exposición a sensaciones físicas utilizando el Registro para la práctica de inducción de síntomas. |
| 8 | Exposición emocional interoceptiva y situacional. | Revisión de tareas intersesión. | Se revisó junto a los miembros del grupo los registros enviados previamente. |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | | Exposición a las emociones. | Comprensión del propósito de la exposición a las emociones. |
| | | Jerarquía de evitación emocional y situacional. | Desarrollo de una jerarquía de evitación con los usuarios. |
| | | Ejercicios de exposición. | Diseño de ejercicios eficaces de exposición a la emoción. |
| | | Tareas intersesión. | OASIS, ODSIS, Registro de progreso. Práctica de exposiciones emocionales al menos tres veces a la semana y rellenar lo sucedido en el Registro de práctica de exposición emocional. |
| 9 | Adaptación: esta sesión se la realiza de manera virtual, proyectando diapositivas y el manual del paciente; debido a que cada paciente cuenta con un manual impreso, ellos van siguiendo el contenido con este | Revisión de tareas. | Retroalimentación de las tareas realizadas. |
| | | Revisión de la jerarquía de exposición. | Se revisó la lista de exposición, modificando si es necesario y se recalcó la importancia de ejecutar ejercicios de exposición y su impacto en el manejo emocional. |
| | | Exposición emocional y | Exposición en la sesión, de los siguientes ítems de la lista jerárquica |

| | | | |
|----|---|---|---|
| | material. | situacional. | de exposición. |
| | Exposición emocional interoceptiva y situacional. | | Adaptación: Los ejercicios de exposición emocional interoceptiva los desarrolla cada paciente con su cámara prendida para que los terapeutas puedan corregir la ejecución. |
| | | Tareas intersesión. | OASIS, ODSIS, Registro de progreso. Práctica de exposiciones emocionales al menos tres veces a la semana y rellenar lo sucedido en el Registro de práctica de exposición emocional. |
| 10 | Adaptación: esta sesión se la realiza de manera virtual, proyectando diapositivas y el manual del paciente; debido a que cada paciente cuenta con un manual impreso, ellos van siguiendo el contenido con este material. Mantener logros y prevenir recaídas. | Revisión de tareas intersesión. Habilidades para hacer frente a las emociones. | Revisión de las tareas junto con los miembros del grupo. Se habló con los pacientes acerca de lo que han aprendido acerca de enfrentar a las emociones; sus progresos en el tratamiento. Se desarrolló un plan con los pacientes para solucionar desencadenantes frecuentes. Generalización de habilidades y establecer objetivos para el progreso continuo. |

Al finalizar el último encuentro, se realizó la aplicación del posttest, mediante un formulario de Google y se comparó estadísticamente los resultados de un antes y un después de la aplicación del dispositivo descrito previamente.

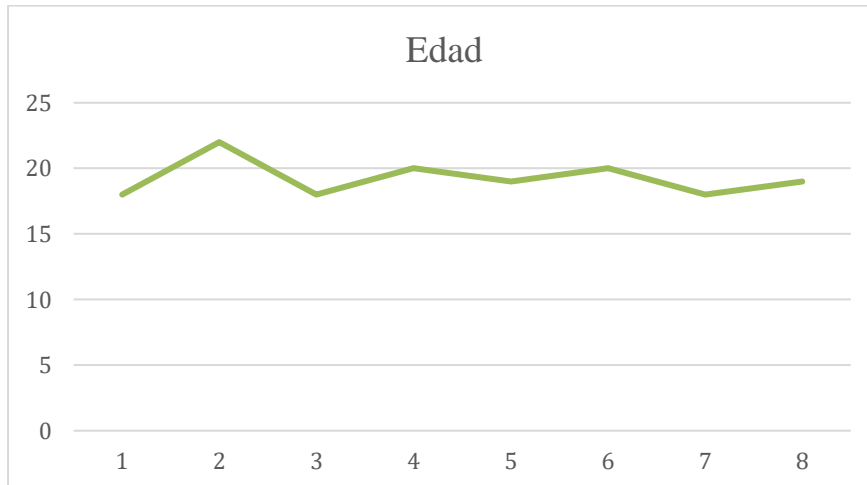
Capítulo 3: Análisis de resultados

3.1. Análisis descriptivo

3.1.1. Análisis descriptivo de la variable edad

Gráfico 1.

Representación de la variable edad.

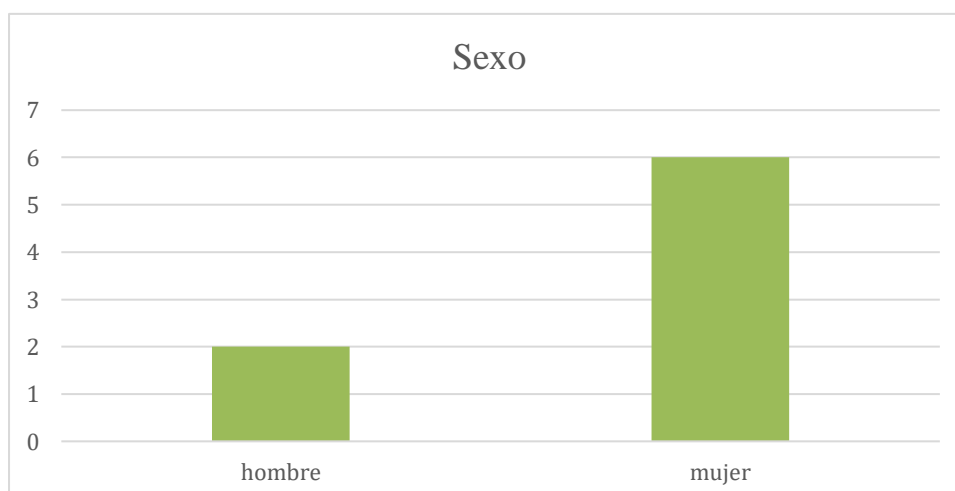


En el Gráfico 1., se muestra que en la presente investigación se cuenta con $n=8$ personas con edades comprendidas entre los 18 y 22 años; con una media de $m=19.25$ y una desviación estándar $sd=1.39$.

3.1.2. Análisis descriptivo de la variable sexo

Gráfico 2.

Representación de la variable sexo



El Gráfico 2. Indica que participaron 2 hombres que representan el 25% de participantes; y 6 mujeres que representan el 75% de la muestra.

3.1.3. Análisis descriptivo de los resultados del Inventario de depresión de Beck

Tabla 2.

Análisis descriptivo de la variable BDI en el pretest

| | n | min | máx. | M | sd |
|-----|---|-----|------|----|------|
| BDI | 8 | 17 | 30 | 24 | 4.47 |

La Tabla 2. Señala que en este estudio se cuenta con 8 personas con puntajes en la escala BDI en el pretest, comprendidos entre los 17 y 30 puntos; con una media de 24 (que corresponde a depresión moderada, según los baremos de la prueba) y una desviación estándar de 4.47.

Tabla 3.

Análisis descriptivo de la variable BDI en el postest

| | n | min | máx | M | sd |
|-----|---|-----|-----|---|----|
| BDI | 8 | 3 | 23 | 9 | 6 |

La Tabla 3. Muestra que en la aplicación del postest, se evidencia la participación de 8 personas con puntajes en la escala BDI comprendidos entre los 3 y 23 puntos; con una media de 9 (altibajos considerados normales) y una desviación estándar de 6.2

3.1.4. Análisis descriptivo de la escala estado del Inventario de depresión estado rasgo

Tabla 4.

Análisis descriptivo de la variable Depresión estado en el pretest

| | n | min | máx | M | sd |
|-----|---|-----|-----|----|------|
| BDI | 8 | 28 | 40 | 33 | 3.89 |

La Tabla 4. Refleja que en la calificación del pretest de la escala de depresión estado en la prueba IDER, hay 8 personas con puntajes entre los 28 y 40 puntos; con una media de 33 (que indica depresión baja de acuerdo con los baremos del test) y una desviación estándar de 3.89.

Tabla 5.

Análisis descriptivo de la variable Depresión estado en el postest

| | n | min | máx | M | sd |
|-----|---|-----|-----|-------|-----|
| BDI | 8 | 18 | 29 | 23.75 | 4.5 |

La Tabla 5. Evidencia que en la aplicación del postest, existe la participación de 8 personas con puntajes en la escala Depresión estado comprendidos entre los 18 y 29; con una media de 23.75 (depresión baja) y una desviación estándar de 4.5.

3.1.5. Análisis descriptivo de la escala rasgo en la prueba IDER

Tabla 6.

Análisis descriptivo de la variable Depresión rasgo en el pretest

| | n | min | máx | M | sd |
|-----|---|-----|-----|-------|------|
| BDI | 8 | 25 | 39 | 31.38 | 4.47 |

La Tabla 6. Muestra que en la aplicación del pretest de la escala rasgo en la prueba IDER, hay 8 personas con puntajes en la escala Rasgo comprendidos entre los 25 y 39 puntos; con una media de 31.38 (depresión baja, basado en los baremos que indica el test) y una desviación estándar de 4.47.

Tabla 7.

Análisis descriptivo de la variable rasgo en el postest

| | n | min | máx | M | sd |
|-----|---|-----|-----|----|------|
| BDI | 8 | 15 | 29 | 23 | 4.75 |

La Tabla 7. Indica que en la aplicación del postest, se cuenta con 8 personas con puntajes en la escala rasgo comprendidos entre los 15 y 29 puntos; con una media de 23 (depresión baja) y una desviación estándar de 4.75.

3.2. Análisis estadístico

3.2.1. Análisis del Inventario de Depresión de Beck

Al obtener un valor $p=.89$ en el pretest y un valor $p=.01$ en el postest en la prueba de normalidad de Shapiro (que indica distribución no normal de los datos), se decide aplicar W de Wilcoxon.

Tabla 8.

Comparación entre la variable Pretest y la variable Postest en el BDI

| | n | M | sd | T | w | p |
|---------|---|----|------|---|----|-----|
| Pretest | 8 | 24 | 4.47 | 8 | 36 | .01 |
| Postest | 8 | 9 | 6 | | | |

En la Tabla 8. se observa que entre los resultados de Depresión en el Pretest y Postest, existe una diferencia estadísticamente significativa, con un valor $p=.01$; por lo tanto, la aplicación del PU ha resultado efectiva en cuanto a la disminución de síntomas depresivos en los participantes.

3.2.2. Análisis de la escala estado en el Inventario de depresión estado rasgo

Al obtener un valor $p=.86$ en el pretest y un valor $p=.17$ en el postest en la prueba de normalidad de Shapiro (que indica distribución normal de los datos), se decide aplicar T de Student.

Tabla 9.

Comparación entre la variable Pretest y la variable Postest en Depresión estado

| | n | M | sd | T | gl | p |
|---------|---|-------|------|------|----|-----|
| Pretest | 8 | 33 | 3.89 | 5.35 | 7 | .00 |
| Postest | 8 | 23.75 | 4.5 | | | |

En la Tabla 9. Se evidencia que entre los resultados de Depresión estado en el Pretest y Postest, existe una diferencia estadísticamente significativa, con un valor $p=.00$; por lo tanto, la aplicación del PU ha resultado efectiva en cuanto a la reducción de la sintomatología de depresión estado.

3.2.3. Análisis de la escala rasgo en el cuestionario IDER

Al obtener un valor $p=.99$ en el pretest y un valor $p=.80$ en el postest en la prueba de normalidad de Shapiro (que indica distribución normal de los datos), se decide aplicar T de Student.

Tabla 10.

Comparación entre la variable Pretest y la variable Posttest en Depresión rasgo

| | n | M | sd | T | gl | p |
|----------|---|-------|------|------|----|-----|
| Pretest | 8 | 31.38 | 4.47 | 3.28 | 7 | .01 |
| Posttest | 8 | 23 | 4.75 | | | |

En la Tabla 10. Se observa que entre los resultados de Depresión rasgo en el Pretest y Posttest, existe una diferencia estadísticamente significativa, con un valor $p=.01$; por lo tanto, la aplicación del PU ha resultado efectiva en cuanto a la reducción de la sintomatología de depresión rasgo.

Discusión

Los objetivos que se propusieron para esta investigación se cumplieron exitosamente; puesto que, se logró: evaluar los síntomas depresivos de los participantes, mediante un pretest, aplicando las escalas IDER y BDI; aplicar el dispositivo grupal terapéutico basado en el Protocolo Unificado; valorar los síntomas depresivos mediante un postest; y comparar los resultados de las pruebas utilizadas antes y después de la terapia.

Se contó con una muestra de 8 participantes del grupo terapéutico, conformado por 2 varones y 6 mujeres, con edades comprendidas entre los 18 y 22 años; los participantes pertenecen al primer semestre de las carreras de Ingeniería Ambiental e Ingeniería en Alimentos de la Universidad del Azuay; y presentaron resultados de depresión leve y moderada en el pretest aplicado.

Para desarrollar este trabajo se planteó la pregunta de investigación:

¿Es el Protocolo Unificado para el tratamiento de los trastornos emocionales efectivo en la reducción de síntomas de la depresión leve y moderada?

Para la cual se expuso la hipótesis de que el resultado de la aplicación del postest reflejaría una disminución en la sintomatología depresiva luego de haber ejecutado el dispositivo grupal terapéutico basado en el PU.

De acuerdo con los resultados presentados previamente, se evidencia una reducción significativa en los puntajes de los postests en las escalas IDER y BDI; indicando así, que el protocolo aplicado fue efectivo en cuanto a la disminución de los síntomas de depresión en los participantes.

En el pretest de BDI se observa un puntaje medio de 24 (depresión moderada); mientras que, en el postest, la media es de 9 (altibajos considerados normales); demostrando así, una diferencia estadísticamente significativa, que refleja una disminución en los síntomas depresivos de los individuos.

Este resultado concuerda con los hallazgos de Khakpoor, et. al. (2019), en un ensayo clínico aleatorio doble ciego, realizado en Brasil, en el que se seleccionó una muestra de 26 personas en función de las puntuaciones de corte del BDI, que se dividió aleatoriamente en dos grupos: control y tratamiento (13 pacientes cada uno); aquellos participantes que

recibieron tratamiento asistieron a 20 sesiones grupales del PU de una hora. Los resultados muestran una reducción significativa de los puntajes en el BDI, concluyendo que la regulación de las emociones puede considerarse como un potencial factor mediador y predictivo de los resultados del tratamiento transdiagnóstico basado en el PU.

En cuanto a los resultados evidenciados en este trabajo, en el instrumento IDER, se advierte un decremento estadísticamente significativo en ambas escalas: depresión estado y depresión rasgo, en la aplicación del posttest; lo que coincide con las conclusiones de la investigación llevada a cabo por Sánchez (2018), que genera una propuesta de intervención adaptando el PU, la cual es aplicada a una muestra de 19 participantes evaluados de forma pre y post tratamiento usando el IDER; se implementó el protocolo de terapia grupal transdiagnóstica en 17 sesiones grupales; obteniendo los siguientes resultados: diferencias estadísticamente significativas para las medidas depresión estado y depresión rasgo. Concluyendo que el protocolo de intervención transdiagnóstica grupal implementado resulta una herramienta eficaz en la reducción de sintomatología clínica de la muestra de participantes del estudio.

En resumen, esta investigación prueba la efectividad del PU en la disminución de síntomas depresivos en adultos jóvenes; sin embargo, se han observado algunas limitaciones, como: el tamaño reducido de la muestra; las adaptaciones que se realizaron al ejecutar las dos últimas sesiones de manera virtual, debido a la movilidad de la mayoría de los participantes hacia otras ciudades; las evaluaciones pre y post tratamiento fueron llevadas a cabo por los mismos investigadores que tuvieron un rol de terapeuta y coterapeuta en la aplicación del PU.

Además de la adaptación con respecto a la modalidad en línea del protocolo, se identificaron otros tipos de limitaciones, tales como: el tamaño reducido del grupo muestral; no contar con un grupo control en lista de espera o al que se aplique otro tipo de formato de terapia, para comparar los resultados. Es por esto que, se recomienda revisar estas limitaciones y realizar correcciones para futuros estudios que evalúen la efectividad del PU en la reducción de síntomas depresivos.

Conclusión

El Protocolo Unificado para el Tratamiento de Trastornos Emocionales es un enfoque de tratamiento psicológico que se centra en la modificación de las estrategias de regulación emocional desadaptativas; mismo que ha sido ampliamente investigado y de acuerdo a los estudios revisados, en los que, por unanimidad de los resultados, se concluye que el PU es efectivo en lo referente a disminución de sintomatología clínica en los trastornos emocionales (aquellos que pertenecen a los trastornos del estado del ánimo y de ansiedad).

En el contexto de los trastornos depresivos, el PU ha demostrado una excelente efectividad, porque brinda un marco terapéutico que aborda los mecanismos transdiagnósticos subyacentes al trastorno específico, al enfocarse en un modelo centrado en los componentes de la emoción (cognitivo, conductual y fisiológico); generando cambios en las habilidades de regulación emocional, la identificación y modificación de pensamientos disfuncionales, así como el desarrollo de estrategias efectivas de afrontamiento.

Al tratar estos aspectos clave, el PU no solo puede reducir los síntomas de la depresión, sino que también puede ayudar a prevenir recaídas al fortalecer las habilidades y estrategias adaptativas; como lo demuestra esta investigación, donde se ha evidenciado una reducción estadísticamente significativa de los síntomas depresivos, tanto en la escala BDI, como en las escalas de depresión estado y depresión rasgo del IDER; demostrando así, que el PU aplicado en formato grupal es efectivo y se recomienda su uso en tratamientos para depresión de leve a moderada.

Se reconocen algunas limitaciones en el desarrollo de este dispositivo, como: cambio de modalidad, de presencial a virtual; el tamaño reducido del grupo muestral; ausencia de un grupo control que permita comparar los resultados; de esta forma, se sugiere continuar con la línea de investigación del PU, ampliando el tamaño de las muestras y en ciertos casos, realizar aplicaciones virtuales del dispositivo, ya que, en el presente trabajo, solo se realizaron dos sesiones en línea; también resultaría útil para próximos trabajos, el contar con un grupo control en el que se aplique otro tipo de intervención terapéutica, lo que permitirá comparar la efectividad de los protocolos aplicados.

Referencias

- Abdala, E. N. (1975). Asociación de antidepresivos tricíclicos e imao en las depresiones. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 21(1), 52–55.
- Abraham, K., Jones, E., Bryan, D., & Strachey, A. (2018). Selected papers on psychoanalysis. <https://doi.org/10.4324/9780429479854>.
- Akiskal, H. S., y McKinney, W. T. (1973). Depressive Disorders: Toward a Unified Hypothesis. *Science*, 182(4107), 20–29. <https://doi.org/10.1126/SCIENCE.182.4107.20>
- Angst, J. (1997). Fortnightly review. A regular review of the long term follow up of depression. *British Medical Journal* (Vol. 315, Issue 7116, pp. 1143–1146). BMJ. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7116.1143>
- American Psychiatric Association [APA]. (1989). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (3.^a ed., rev.). Washington, DC
- American Psychiatric Association [APA]. (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4.^a ed.). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association [APA]. (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Texto revisado) (4.^a ed.). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Quinta edición). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bados López, A., y García Grau, E. (2010). *La Técnica de la reestructuración cognitiva*. <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/12302>
- Baldinger, P., Lotan, A., Frey, R., Kasper, S., Lerer, B., y Lanzenberger, R. (2014). Neurotransmitters and electroconvulsive therapy. *Journal of ECT* (Vol. 30, Issue 2, pp. 116–121). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000138>
- Barraca, J. (2009). La activación conductual (AC) y la terapia de activación conductual para la depresión (TACD). Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación. *Edupsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 8(1), 23–50. <https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v8i1.3820>
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Garbin, R. (1988). Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Madrid: TEA Ediciones.
- Beck, J. S. (2008). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Blázquez, F. P., Soriano-Mas, C., y Contreras, G. N. (2012). Afecto positivo y negativo: ¿Una dimensión bipolar o dos dimensiones unipolares independientes? *Interdisciplinaria*, 29(1), 151–164. <https://doi.org/10.16888/interd.2012.29.1.9>

- Bloch, S., Crouch, E., y Reibstein, J. (1981). Therapeutic Factors in Group Psychotherapy: A Review. *Archives of General Psychiatry*, 38(5), 519–526.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780300031003>
- Botto, A., Acuña, J., y Jiménez, J. P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Médica de Chile* (Vol. 142, Issue 10, pp. 1297–1305). Sociedad Médica de Santiago.
<https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>
- Brewin, C. R. (1996). Theoretical foundations of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression. *Annual Review of Psychology*, 47, 33–57.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.47.1.33>
- Carlucci, L., Saggino, A., y Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* (Vol. 87). Clin Psychol Rev.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999>
- Cobo Gómez, J. V. (2005). El concepto de depresión. Historia, definición (es), nosología, clasificación.
- Conti, N. A. (2007). Historia de la depresión : la melancolía desde la antigüedad hasta el siglo XIX. Editorial Síntesis.
https://books.google.com/books/about/Historia_de_la_depresión.html?hl=es&id=IBb0PgAACAAJ
- Elhwuegi, A. S. (2004). Central monoamines and their role in major depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 28(3), 435–451. doi: 10.1016/j.pnpbp.2003.11.018
- Ellis, A. (1995). La terapia racional-emotiva hoy. *RET: revista de toxicomanías*, 2(2), 34-36.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *The American Psychologist*, 28(10), 857–870. doi: 10.1037/h0035605
- García, L. (1998). Efecto de los estímulos estresantes sobre la expresión génica de precursores de neuropéptidos reguladores del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal en la rata.
<https://dialnet.unirioja.es/>
- González-Pando, D., Cernuda-Martínez, J. A., Alonso-Pérez, F., Beltrán-García, P., y Aparicio-Basauri, V. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 145–166. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352018000100008>
- González, M., Ibáñez, I., Rovella, A., López, M., y Padilla, L. (2013). Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre: Relaciones con variables psicopatológicas. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 21(1), 81–101.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to

- diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Heinze, G. (1996). Del DSM-III-R al DSM-IV. *Salud Mental*, 19(Supl 2), 4–6. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/620
- Hiemke, C., y Härtter, S. (2000). Pharmacokinetics of selective serotonin reuptake inhibitors. In *Pharmacology and Therapeutics* (Vol. 85, Issue 1, pp. 11–28). Pergamon. [https://doi.org/10.1016/S0163-7258\(99\)00048-0](https://doi.org/10.1016/S0163-7258(99)00048-0)
- Hillhouse, T. M., y Porter, J. H. (2015). A brief history of the development of antidepressant drugs: From monoamines to glutamate. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 23(1), 1–21. <https://doi.org/10.1037/a0038550>
- Jackson, S. W. (2018). Melancholia and Depression. In *Melancholia and Depression*. Yale University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1xp3stn>
- Khakpoor, S., Saed, O., y Armani Kian, A. (2019). Emotion regulation as the mediator of reductions in anxiety and depression in the Unified Protocol (UP) for transdiagnostic treatment of emotional disorders: double-blind randomized clinical trial. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41(3), 227–236. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0074>
- Korman, G. P., y Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, ISSN-e 1666-244X, Vol. 15, Nº. 1, 2011 (Ejemplar Dedicado a: Procesos y Resultados), Págs. 119-145, 15(1), 119–145. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5205687&info=resumen&idioma=EN> G
- Lang, U. E., y Borgwardt, S. (2013). Molecular mechanisms of depression: Perspectives on new treatment strategies. In *Cellular Physiology and Biochemistry* (Vol. 31, Issue 6, pp. 761–777). S. Karger AG. <https://doi.org/10.1159/000350094>
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., LePage, J. P., Hopko, S. D., y McNeil, D. W. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 164–175. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(01\)80022-5](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(01)80022-5)
- López-Muñoz, F., Álamo, C., Juckel, G., y Assion, H. J. (2007). Half a century of antidepressant drugs - On the clinical introduction of monoamine oxidase inhibitors, tricyclics, and tetracyclics. Part I: Monoamine oxidase inhibitors. In *Journal of Clinical Psychopharmacology* (Vol. 27, Issue 6, pp. 555–559). J Clin Psychopharmacol. <https://doi.org/10.1097/jcp.0b013e3181bb617>
- Martell, C. R., Addis, M. E., y Jacobson, N. S. (2003). Depression in Context: Strategies for Guided Action. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1366–1366. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1366>
- Nawras, M., Beran, A., Yazdi, V., Hecht, M., y Lewis, C. (2023). Phosphodiesterase inhibitor and selective serotonin reuptake inhibitor combination therapy versus monotherapy for

the treatment of major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology*, 38(4), 261–268.
<https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000457>

Ohman, R., Balldin, J., Walinder, J., Wallin, L., y Abrahamsson, L. (1976). PROLACTIN RESPONSE TO ELECTROCONVULSIVE THERAPY. *The Lancet*, 308(7992), 936–937. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(76\)90895-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(76)90895-3)

Oliván, B. (2006). Alternativas de abordaje de la depresión en atención primaria: abordajes no farmacológicos. *Revista clínica electrónica en atención primaria*, (9), 0001-9.

OMS. (1950). *Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción : sexta revisión de las listas internacionales de enfermedades y causas de defunción, adoptada en 1948.*
<https://iris.who.int/handle/10665/42899>

OMS. (1995). CIE-10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Volumen 1 Introducción Centros Colaboradores de la OMS para la Clasificación de Enfermedades Informe de la Conferencia Internacional para la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

OMS. (2017). *Ecuador*. <https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/ecuador?countryProfileId=e7b60e30-efb8-470b-9014-98cfb08567ea>

Organization, W. H. (2022). International Classification of Diseases: Mortality and Morbidity Statistics, Eleventh Revision (ICD-11). *World Health Organization*.

Pérez Esparza, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones TT - Pharmacological treatment of depression: current and future directions. *Rev. Fac. Med. UNAM*, 60(5), 7–16.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007

Pozza, A., Berardi, D., Domenichetti, S., y Dèttore, D. (2014). Anxiety Sensitivity in Patients with Alcohol Dependence: A Cross-Sectional Case-Control Study. *American Journal of Public Health Research*, 2(6), 260–265. <https://doi.org/10.12691/ajphr-2-6-8>

Ramírez, L. A., Pérez-Padilla, E. A., García-Oscos, F., Salgado, H., Atzori, M., y Pineda, J. C. (2018). A new theory of depression based on the serotonin/kynurenine relationship and the hypothalamicpituitary-adrenal axis. *Biomedica*, 38(3), 437–450.
<https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i3.3688>

Ríos, B., y Vicente, N. (2001). Mecanismo de acción de la terapia electroconvulsiva en la depresión. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 29(3), 199–207.

Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. M. (2012). 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>

- Solé Puig, J. (1995). ¿Qué es y donde está la terapia interpersonal? *Revista de Psicoterapia*, 6(22-23), 141-159. <https://doi.org/10.33898/rdp.v6i22-23.1088>
- Spielberger, C. D., Buela-Casal, G., y Agudelo, M. (2008). *Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER)*. TEA Ediciones.
- Steele, S. J., Farchione, T. J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S., y 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>
- Vallejo Ruiloba, J. (2015). A LA PSICOPATOLOGÍA y LA PSIQUIATRÍA. *Introducción a La Psicopatología y La Psiquiatría*, 803. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=701548>
- Whaley, J. (2006). *Manual de terapia interpersonal* (Vol. 1999, Issue December). Plaza y Valdés, S.A. de C.V.