

## Formación de terapeutas cognitivo-conductuales, diseminación y uso del Protocolo Unificado en Buenos Aires, Argentina

Milagros Celleri<sup>1</sup>, Camila Florencia Cremades<sup>2</sup>, Ailen Lihuel Appeceix<sup>3</sup> y Cristian Javier Garay<sup>4</sup>

### RESUMEN

Durante décadas las terapias cognitivas-conductuales (TCC) se han establecido como tratamientos de primera línea para una gran variedad de trastornos mentales a partir de la investigación de estas intervenciones en estudios controlados y aleatorizados. Recientemente, dentro de este campo, los abordajes transdiagnósticos como el Protocolo Unificado (PU) para los trastornos emocionales, se han posicionado como abordajes que permiten una mejor relación costo-beneficio y que resultan particularmente relevantes en países de Latinoamérica, donde los terapeutas cognitivo-conductuales escasean. En países de medianos/bajos ingresos se ha observado que la gran mayoría de los pacientes no accede a estos tratamientos. El objetivo del presente estudio fue explorar la formación y el uso de intervenciones transdiagnósticas, entre otras el PU, por parte de terapeutas cognitivo-conductuales del Gran Buenos Aires, Argentina. Para ello, se realizó un estudio de metodología mixta: cualitativo-cuantitativo, de carácter exploratorio, descriptivo y transversal, con una muestra de 84 terapeutas cognitivo-conductuales. Se realizó un formulario *ad-hoc* que se distribuyó entre colegas por el método de bola de nieve. Los resultados obtenidos podrían servir a los fines de mejorar la formación de los terapeutas y la diseminación de los tratamientos transdiagnósticos en Argentina, incrementando de este modo el acceso de la población a este conjunto de tratamientos basados en la evidencia y con una buena relación costo-beneficio.

*Palabras clave:* protocolo unificado, terapia cognitivo conductual, diseminación, formación de terapeutas, Argentina.

## Cognitive-behavioural therapists training, dissemination and use of the Unified Protocol in Buenos Aires, Argentina

### ABSTRACT

For decades, cognitive-behavioral therapies (CBT) have been established as first-line treatments for a wide range of mental disorders based on research on these interventions in randomized controlled studies. Recently, within this field, transdiagnostic approaches such as the Unified Protocol (UP) for emotional disorders have positioned themselves as better cost-effective approaches that are particularly relevant in Latin American countries, where cognitive-behavioral therapists are in short supply. In middle/low income countries it has been observed that the vast majority of patients do not have access to these treatments. The aim of this study was to explore the training and use of transdiagnostic interventions, including PU, by cognitive-behavioral therapists in Greater Buenos Aires, Argentina. For this purpose, a mixed methodology study was carried out: qualitative-quantitative, exploratory, descriptive and cross-sectional, with a sample of 84 cognitive-

<sup>1</sup> Universidad de Buenos Aires, Argentina; [mcelleri@psi.uba.ar](mailto:mcelleri@psi.uba.ar);  <https://orcid.org/0000-0002-0102-339X>

<sup>2</sup> Universidad de Buenos Aires, Argentina; [camilacremades@psi.uba.ar](mailto:camilacremades@psi.uba.ar);  <https://orcid.org/0000-0002-1051-6073>

<sup>3</sup> Universidad de Buenos Aires, Argentina; [ailen.appeceix@psi.uba.ar](mailto:ailen.appeceix@psi.uba.ar);  <https://orcid.org/0009-0001-7362-3925>

<sup>4</sup> Universidad de Buenos Aires, Argentina; [cristiangularay@psi.uba.ar](mailto:cristiangularay@psi.uba.ar);  <https://orcid.org/0000-0003-4082-8876>

behavioral therapists. An ad-hoc form was developed and distributed among colleagues using the snowball method. The results obtained could be used to improve the training of therapists and the dissemination of transdiagnostic treatments in Argentina, thus increasing the population's access to this set of evidence-based and cost-effective treatments.

*Keywords:* unified protocol, cognitive behavioral therapy, dissemination, therapist training, Argentina

Dentro de las prácticas basadas en la evidencia (PBE) en psicología, las terapias cognitivo-conductuales (TCC) se estudiaron ampliamente durante las últimas décadas, dando por resultado un robusto apoyo empírico sobre su eficacia y efectividad (Cuijpers, Berking et al., 2013; Van Dis et al., 2020). Al constituirse como la familia de terapia psicológica más investigada, fue establecida como el *gold standard* de la psicoterapia para el abordaje de la mayoría de los trastornos mentales (David et al., 2018; Hayes & Hofmann, 2018). Las TCC se estudiaron tanto en formato individual como en formato grupal, así como en formatos novedosos de tratamiento, como las terapias basadas en internet (Anderson et al., 2019; Cuijpers, Berking et al., 2013; Etzelmüller et al., 2020).

A su vez, en el campo de las TCC recientemente se han comenzado a desarrollar enfoques y abordajes transdiagnósticos, los cuales permiten abordajes con una mejor relación costo-beneficio, al centrarse en aquellos aspectos compartidos por los trastornos mentales en lugar de sus diferencias (Bullis et al., 2019). Uno de ellos es el Protocolo Unificado (PU) para los trastornos emocionales (Barlow et al., 2011), una intervención transdiagnóstica centrada en la regulación emocional, que actualmente cuenta con un nivel de evidencia comparable a la de los protocolos específicos para el tratamiento de los trastornos mentales del espectro ansioso-depresivo (Eustis et al., 2020; Osma et al., 2022), en formato grupal e individual (Bullis et al., 2015; Osma et al., 2022). El PU cuenta con la ventaja de poseer una mayor eficiencia, ya que los terapeutas no deben entrenarse en múltiples protocolos de tratamiento, lo cual resulta enormemente costoso, en términos de tiempo y dinero.

Sin embargo, a pesar de que en la actualidad se cuenta con una enorme evidencia en la literatura acerca de la eficacia de este tipo de intervenciones, que constituyen la primera línea de intervención para los trastornos de ansiedad y depresión, según las principales guías clínicas de la *American Psychological Association* (2019) y del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (2011), y que la evidencia acerca de que las terapias psicológicas resultan igual o más efectivas que la terapia farmacológica en los trastornos de ansiedad y la depresión (Cuijpers, Sijbrandij et al., 2013), se observó que en los países de medianos o bajos ingresos, aproximadamente el 80% de los pacientes no recibe tratamientos basados en la evidencia o no son aplicados correctamente (World Health Organization, 2022). Se ha pensado que las características de estos países, como por ejemplo los niveles mayores de desigualdad social, las tasas elevadas de pobreza y las creencias de los terapeutas (a modo de ejemplo, creer que los pacientes no adherirán a la estructura TCC), explican la escasa diseminación de este tipo de prácticas (Neufeld, Szupszynski et al., 2021).

En este sentido, la diseminación de la PBE en psicología, proceso en el cual se difunde y promueve la adopción de dichas prácticas por los terapeutas,

resulta de crucial relevancia en orden de aumentar la disponibilidad de estos tratamientos. Para ello, la enseñanza y el correcto entrenamiento y adecuada capacitación de los terapeutas en PBE se vuelve un factor necesario (Peris Baquero et al., 2022), ya que las competencias clínicas de los terapeutas en la TCC se relacionan directamente con los resultados de los tratamientos (Gintzburg et al., 2012; Simons et al., 2010). Como se ha dicho, si bien contamos con protocolos y guías de tratamiento para los principales trastornos mentales, estas intervenciones son infrautilizadas incluso en países de altos ingresos. Por ejemplo, Freiheit et al., (2004) han reportado en una muestra de psicólogos TCC de Estados Unidos, que rara vez los profesionales utilizaban la exposición interoceptiva, siendo esta un procedimiento clave en el tratamiento del trastorno por pánico (Mendoza, 2017; Neufeld, Szupczynski et al., 2021). En Brasil, Neufeld, Barletta et al. (2021) sostienen que los terapeutas utilizan frecuentemente la creatividad y flexibilidad en los tratamientos, lo cual podría interferir con la efectividad de los protocolos manualizados.

En Latinoamérica, la diseminación de las TCC es relativamente reciente y la investigación al respecto es escasa (Airdi, 2022; Neufeld, Szupczynski et al., 2021). Si bien en algunos países ha ido creciendo la diseminación de estas terapias, no ha sido en todos los países por igual, y actualmente la formación y supervisión en esta región resulta un desafío por la poca disponibilidad de terapeutas entrenados, así como por la oferta limitada en las formaciones de calidad (Mendoza, 2017; Paredes, 2022).

En Argentina, los trastornos emocionales (trastornos de ansiedad, trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos de estrés postraumático y trastornos depresivos) constituyen los más prevalentes en la población, con tasas de prevalencia que oscilan entre el 16.4% y el 8.7%, respectivamente (Cia et al., 2018; Stagnaro et al., 2019). Estas cifras se han agravado luego de la pandemia, observándose un aumento significativo del riesgo de desarrollo de psicopatología en toda la población, a la vez que el acceso a los tratamientos basados en la evidencia resulta complicado por variables sociales y económicas (Etchevers et al., 2021). Si bien Argentina cuenta con la mayor cantidad de terapeutas por habitantes de Latinoamérica, y la mayoría (85%) se dedica al ámbito clínico, un pequeño porcentaje de ellos utiliza PBE (Alonso, 2006; Klinar et al., 2019) o conoce y utiliza guías clínicas de tratamientos (Garay et al., 2011; Fabrisin et al., 2014), factores que dificultan enormemente el acceso por parte de la población a los abordajes más estudiados y con mejor nivel de evidencia. A su vez, en Argentina no existen formaciones oficiales para supervisores, lo cual resulta problemático para la correcta diseminación de la PBE (Neufeld, Szupczynski et al., 2021). Y si bien en las últimas décadas la diseminación de las TCC ha crecido de manera exponencial, aún existen grandes dificultades para su adaptación cultural (Korman et al., 2010) y la investigación en nuestro país es todavía muy escasa (Korman et al., 2022).

Aún no se ha estudiado la formación de profesionales en PBE, TCC y, más específicamente, enfoques transdiagnósticos, por lo que el presente trabajo tuvo los siguientes objetivos: 1) Estudiar el grado y la calidad de la formación de los terapeutas que utilizan PBE; 2) estudiar el nivel de conocimiento y disposición a utilizar el PU en terapeutas que utilizan PBE; y 3) explorar los criterios que utilizan los terapeutas que trabajan con PBE para utilizar el PU y qué ventajas y desventajas encuentran en la práctica.

## MÉTODO

Para alcanzar los objetivos propuestos, se realizó un estudio de metodología mixta cuali-cuantitativo, descriptivo y transversal (Hernández et al., 2014).

### Participantes

La muestra estuvo conformada por 84 profesionales de salud mental con una media de edad de 33.55 años ( $DE = 6.9$ ). El 78.6% refirió identificarse con el género femenino, el 20.2% con el género masculino, y un 1.2% prefirió no responder. El 59.5% residía en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 17.9% en zona sur, el 13.1% en zona oeste, y el 9.5% en zona norte. En relación con su nivel educativo, el 51.2% contaba con un posgrado completo y el 48.8% con estudios terciarios o universitarios completos. Como máximo título alcanzado, el 65% refirió tener un título de grado, el 31% contar con una carrera de especialización, el 2.4% con un título de magister y el 1.2% con un título de doctor.

### Instrumentos

*Cuestionario socio-demográfico (ad hoc)*. Se diseñó un cuestionario socio-demográfico a fines de recabar la información relevante sobre los participantes: edad, zona de residencia, máximo nivel educativo alcanzado, género, máximo título alcanzado.

*Cuestionario sobre Uso de intervenciones transdiagnósticas en psicólogos (ad hoc)*. A partir de investigaciones previas (Peris Baquero et al., 2022), se diseñó un cuestionario que recogió información acerca de la formación profesional: en qué ámbito ejercen la profesión (público o privado), a qué tipo de patologías se dedica, cantidad de horas de supervisión mensuales, cuál es su formación específica en terapias cognitivo-conductuales, años de experiencia clínica, cantidad de pacientes atendidos por semana, promedio de la cantidad de sesión que emplea en cada paciente y cómo definen su marco teórico. En relación con las intervenciones transdiagnósticas, se incluyeron preguntas acerca de cuáles de ellas conocen o utilizan (terapia dialéctico-conductual, DBT, terapia de aceptación y compromiso, ACT, terapia metacognitiva, PU, mejorada de Fairburn, FAP). Específicamente sobre la utilización del PU, se indagó si lo utilizan en su práctica clínica, si han recibido formación (y si la han recibido, que indiquen cantidad de horas y lugar de formación), cantidad de pacientes con el que utilizan el PU, con qué población lo utilizó o utilizaría (niños/adolescentes o adultos), en qué formato de tratamiento lo utiliza (individual o grupal), cuáles son sus criterios para utilizarlo con sus pacientes, frente a qué patologías lo ha utilizado. Asimismo, se incluyeron preguntas sobre las creencias con relación al PU (“¿En qué medida crees que el Protocolo Unificado es una intervención flexible adaptable a nuestra cultura?” “¿En qué medida crees que el Protocolo Unificado es una intervención compleja de implementar?”). Por último, se indagó a partir de dos preguntas abiertas dos ejes fundamentales: cuáles son sus beneficios y dificultades al momento de utilizarlo (“¿Qué beneficios encontrás a la hora utilizar el Protocolo Unificado?” “¿Qué dificultades encontrás a la hora de utilizar el Protocolo Unificado?”).

## Procedimiento

Para la recolección de la muestra, se utilizó un método no probabilístico (bola de nieve) a partir de la difusión del formulario previamente diseñado y a través de la plataforma Google Formularios, en diferentes medios de difusión y redes de colegas: grupos de colegas, redes sociales, asociaciones. El formulario incluyó un consentimiento informado, el cual los participantes debieron aceptar y que se enmarca en la Ley 3301 Sobre Protección de Derechos de Sujetos en Investigación en Salud (Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2010) y la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 1964). En él se incluyó la información relativa a la pertenencia y acreditación de la investigación, así como cuestiones relativas a la protección de datos y a la libre y voluntaria participación de los individuos. Una vez aceptado dicho consentimiento, se recogieron los datos sociodemográficos de los participantes y se administró el cuestionario sobre uso de intervenciones transdiagnósticas en psicólogos del AMBA. La investigación se enmarcó dentro del proyecto de investigación UBACYT: “Aspectos culturales de una intervención psicológica transdiagnóstica basada en internet: percepción de usuarios del sistema de salud argentino”, el cual obtuvo la correspondiente aprobación por el Comité de Conductas Responsables en Investigación en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

## Análisis de datos

Todos los análisis fueron realizados con el lenguaje de programación R. Para las variables de nivel de medición nominal, se calcularon las frecuencias. Para las variables de nivel de medición ordinal, se calcularon las medianas y el rango semi intercuartil. Para las variables cuantitativas, se calcularon las medias y desvíos estándar. Para el análisis cualitativo, se realizó un análisis temático (Schreier, 2012) siguiendo los lineamientos de las bases de la Teoría Fundamentada en los Datos (Strauss & Corbin, 1998). A partir de este método, se construyeron categorías basadas en segmentos de sentido, las cuales fueron seleccionadas por dos investigadoras del presente artículo de manera independiente y, luego, consensuadas según su nivel de saturación.

# RESULTADOS

## Análisis cuantitativo

### *Formación de los terapeutas*

El análisis de los datos recolectados muestra que en promedio los profesionales encuestados supervisan 3.25 horas al mes ( $DE = 2.24$ ). Por otro lado, en cuanto a la formación específica en terapia cognitivo-conductual, la mayoría de los encuestados informaron haber realizado cursos de posgrado (56.0%) y cursos no universitarios (21.4%), seguidos por especializaciones completas (17.9%), y diplomaturas (4.8%).

En cuanto a la experiencia ejerciendo clínica, la mediana fue de 3 años ( $IQR = 5$ ), con un rango intercuartil de 2.0 a 7.5 años. Cabe destacar que la mayoría de los encuestados (31%) informó tener 1 año de experiencia, seguidos por aquellos que tienen entre 5 y 10 años de experiencia (26.2%). A estos le siguen los profesionales con 2 años de experiencia (14.3%), los que tienen 3 años (9.5%), los que tienen entre 10 y 15 años (8.3%), los que tienen 4 años (7.1%), y finalmente los que tienen entre 15 y 20 años de experiencia (2.4%).

## **Práctica**

El análisis de los datos recolectados muestra que el 83.3% de los profesionales encuestados se desempeñan en el ámbito privado, mientras que el 16.7% trabaja en el ámbito público.

Al analizar la distribución de las áreas de psicopatología en las que los profesionales encuestados refieren atender con mayor frecuencia, se encontró que el trastorno de ansiedad fue el área de ejercicio más común, con el 95.2% de los encuestados dedicándose a esta área. Le sigue el área de los profesionales dedicados a los trastornos depresivos, con el 81% de los encuestados. Los trastornos de la personalidad fueron menos comunes, con solo el 33.3% de los encuestados que reportaron dedicarse a esta área. Otros trastornos menos comunes incluyeron trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados (31%), trastornos bipolares (25%) y trastornos de la conducta alimentaria (20.2%). El consumo problemático de sustancias, las crisis vitales, el neurodesarrollo, las dificultades interpersonales y la terapia de pareja fueron áreas de dedicación aún menos comunes, con solo una pequeña proporción de los encuestados que refirieron dedicarse a ellas.

En cuanto a la cantidad de pacientes que los profesionales suelen ver por semana, se observó que la distribución es bastante homogénea, con una media de 17.5 pacientes por semana (IQR = 6.25). La mayoría de los encuestados (47.6%) reportó ver entre 10 y 15 pacientes por semana, mientras que un 23.8% reportó ver entre 0 y 10 pacientes, y otro 20.2% reportó ver entre 15 y 20 pacientes. Por otro lado, la cantidad de sesiones por paciente es asimétrica hacia la izquierda, con una mediana de 35 sesiones (IQR = 10). Es importante destacar que el 50% de los profesionales encuestados indicaron emplear entre 20 y 30 sesiones por paciente para cada tratamiento, mientras que un 33.3% emplea entre 30 y 40 sesiones.

En cuanto a la definición del marco teórico utilizado en el presente estudio, se observa que la mayoría de los profesionales encuestados (un 48.8%) se adscriben al enfoque cognitivo-conductual, mientras que un 25% opta por el enfoque contextual y un 17.9% utiliza un enfoque integrativo. Entre otros enfoques menos referidos se encuentran el conductual, ecléctico, ACT y sistémico (según autodefinición).

Finalmente, al preguntar por las intervenciones que conocían y/o utilizaban, las dos intervenciones más referidas son ACT (85.7%) y DBT (76.2%). Las siguientes intervenciones reportadas son el Protocolo Unificado (48.8%), FAP (31%), Terapia Cognitivo-Conductual Mejorada de Fairburn (23.8%) y Terapia Metacognitiva (22.6%).

## **Experiencia con el PU**

Por último, se indagó sobre la experiencia de los terapeutas que reportan utilizar el Protocolo Unificado (25% de la muestra). El 52.4% de los profesionales encuestados informaron haber recibido formación en el PU. De ellos, el 54.5% informó haber realizado un seminario de PU en la Universidad de Buenos Aires (UBA). También se informó de la realización de cursos introductorios y programas de formación en otros lugares, como Boston University y Clínica del estrés. En promedio, los profesionales informaron haber recibido aproximadamente 28.8 horas de formación en PU.

En cuanto a su aplicación, se encontró que el PU fue utilizado por el 100% de los participantes en formato individual. Respecto a la cantidad de pacientes en los que se aplicó el protocolo, el 52.4% de los participantes lo utilizó en un

rango del 25% al 50% de sus pacientes, mientras que el 47.6% lo utilizó en un rango del 0% al 25%. En cuanto a la población, el 95.2% de los participantes lo utilizó con adultos y el 4.8% con niños/adolescentes. A su vez, el PU fue utilizado principalmente en trastornos de ansiedad (100%) y trastornos depresivos (85.7%). En menor medida, se utilizó en trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados (23.8%), desregulación emocional (4.76%), trastornos bipolares (4.76%), trastornos de personalidad (4.76%) y trastornos psicóticos (4.76%). No se utilizó en el tratamiento del consumo problemático de sustancias ni en trastornos de la conducta alimentaria.

Finalmente, los resultados obtenidos indican que la mayoría de los participantes perciben que el PU es una intervención suficientemente adaptable a nuestra cultura (47.6%), un tercio (33.3%) lo considera muy flexible, un 14.3% medianamente flexible y un 4.8% poco flexible. Por otro lado, en cuanto a la complejidad de su implementación, la mayoría de los participantes considera que es poco compleja (52.4%), mientras que un 33.3% la percibe como levemente compleja y un 14.3% como nada compleja.

### **Análisis cualitativo**

Se han identificado a partir del análisis cualitativo realizado tres categorías principales: 1) Criterios de elección del PU, 2) Beneficios y 3) Dificultades. De estas tres categorías, las dos últimas fueron divididas en cinco sub-categorías. La categoría Beneficios se compone de las subcategorías 1) Abordaje de comorbilidades, 2) Claridad y practicidad y 3) Estructura. La categoría Dificultades se compone de las subcategorías 1) Realización de tareas y 2) Rigidez. A continuación, se describe cada una de las categorías y se aportan ejemplos de su saturación.

#### ***Criterios de elección del PU***

Esta categoría se refiere a los criterios utilizados por los psicólogos de la muestra a la hora de seleccionar el PU como intervención con sus pacientes. Es decir, qué criterios utilizan para seleccionar el PU como intervención. Los criterios utilizados por los clínicos se centran en el abordaje de manera conjunta de sintomatología ansioso-depresiva y mecanismos compartidos por los trastornos.

“Cuando el paciente tiene sintomatología de varios trastornos asociados”.

“Lo utilizo cuando, de tratarlo con protocolos específicos para cada problemática, terminaríamos estando muchísimas sesiones con el paciente”.

#### ***Beneficios***

En esta categoría se agrupan las subcategorías que identifican los beneficios que los clínicos reportan al utilizar el PU.

#### ***Abordaje de comorbilidades***

El poder abordar las comorbilidades de manera conjunta con un único protocolo, reportan los terapeutas, permite una mayor eficiencia al momento de planificar los tratamientos y traspasar las dificultades de tener que utilizar varios protocolos distintos.

“Lo más útil es poder trabajar con aquellos pacientes con mucha comorbilidad: es imposible hacer un protocolo por cada trastorno, y si no tuviera un manual estandarizado creo que me perdería un poco”.

“Hace que un tratamiento sea más breve al tratar dos diagnósticos o más al mismo tiempo”.

### **Claridad y practicidad**

La claridad y practicidad con la que se encuentra desarrollado el material psicoeducativo, así como los ejercicios en el manual del paciente, permiten una buena aceptación, junto con una gran practicidad al momento de aplicarlo por parte de los terapeutas, ya que indica pasos claros a utilizar.

“Muy buena aceptación por parte de los pacientes. Material para pacientes fácil de comprender, con ejemplos útiles para la mayoría de ellos”.

“Es práctico de aplicar, claro en los pasos a seguir”.

### **Estructura**

El poseer una estructura clara permite a los terapeutas, sobre todo a terapeutas con poca experiencia, poder ordenar la práctica clínica, así como en la utilización de las diversas técnicas.

“Si no tuviera un manual estandarizado creo que me perdería un poco”.

“Me ordena en el uso de herramientas”.

### **Dificultades**

En las siguientes subcategorías se sintetizan las principales dificultades reportadas por los terapeutas a la hora de utilizar el PU.

#### **Realización de tareas**

La lectura del manual del paciente, así como el cumplimiento con los ejercicios entre sesiones propuestos, son las principales dificultades reportadas por los terapeutas al momento de utilizar el PU.

“Ciertos pacientes les resulta difícil cumplir con registros, tareas o lecturas estipuladas”.

“El paciente no siempre está dispuesto a leer el libro del paciente”.

#### **Rigidez**

A su vez, al ser un tratamiento altamente manualizado y estructurado módulo por módulo, los terapeutas encuentran algunas dificultades a la hora de aplicarlo de manera flexible con algunos pacientes.

“Con algunos consultantes es difícil seguir el trabajo estructurado sesión por sesión”.

“Al ser un protocolo me resulta un tanto rígido en sus pasos y los pacientes suelen tener múltiples problemas que van trayendo a la sesión”.

## DISCUSIÓN

Los objetivos del presente trabajo fueron estudiar de manera preliminar, el grado y calidad de formación de los terapeutas que utilizan intervenciones basadas en la evidencia, el nivel de conocimiento sobre intervenciones transdiagnósticas y disposición a utilizar el Protocolo Unificado, y explorar los criterios que utilizan los terapeutas que trabajan con PBE para utilizar el PU y que ventajas y desventajas encuentran en la práctica.

En relación con el primer objetivo propuesto, según lo reportado por los participantes del estudio, el 65% de la muestra ejerce la psicología clínica con el título de grado, en el cual, tal como se ha reportado por estudios previos en nuestro país, la formación de grado, y, por ende, el entrenamiento en PBE es escasa (Fierro et al., 2015). En este sentido, actualmente no existe en nuestro país una regulación específica en cuanto a la formación y actualización requerida para el ejercicio de la psicología clínica. Esto difiere de otros países donde la formación en masters, como es el caso de España (Fernández-Hermida et al., 2017), o doctorados, como en Estados Unidos (Levenson, 2017) son habilitantes, con orientación en PBE y requeridos para el ejercicio profesional, favoreciendo la diseminación y la implementación de las intervenciones.

En cuanto a la formación particular en TCC, y si bien no existe consenso aún en el campo sobre la exhaustividad que deben tener las formaciones ni la especificidad de su contenido (Beidas & Kendall, 2010), solo un pequeño porcentaje de la muestra ha realizado una especialización en psicología clínica o TCC (17.9%). Investigaciones sostienen que la competencia del terapeuta se relaciona con un mejor resultado por parte del paciente, pudiendo lograr esta competencia a través de una formación extensiva desde un enfoque gradual, y no solo desde la formación tradicional con talleres y manuales (Rakovshik & McManus, 2010). No obstante, un porcentaje significativo de la muestra (21.45%) reporta haberse formado en TCC en cursos no universitarios o diplomaturas, tal como reporta la literatura previa (Mendoza, 2005). Esto podría dificultar no solo la diseminación sino también la eficacia de las intervenciones, ya que la competencia de los terapeutas depende del grado de conocimientos adquirido sobre las intervenciones, y particularmente, del entrenamiento recibido (Fairburn & Cooper, 2011). En la actualidad, el *gold standard* en el entrenamiento de terapeutas, según plantean Sholomskas et al. (2005), debe incluir talleres, lectura de manuales y supervisión clínica. Teniendo en cuenta que un enorme porcentaje de la muestra reportó haberse formado en diplomaturas, cursos de posgrado o cursos no universitarios (82.2%), resulta, por un lado, insuficiente en las formaciones ya que por ejemplo las diplomaturas y en general, los cursos de posgrado no involucran supervisión clínica ni talleres de entrenamiento. A su vez, es complicado determinar si es posible que dichas formaciones cumplan con el *gold standard*, como en el caso de cursos no universitarios. Esto resulta particularmente relevante ya que se ha estudiado que el entrenamiento clínico resulta crucial, puesto que la lectura de manuales o cursos teóricos tienen efectos limitados en la correcta implementación de los tratamientos (Beidas & Kendall, 2010).

En cuanto al segundo objetivo propuesto, estudiar el nivel de conocimiento sobre intervenciones transdiagnósticas y disposición a utilizar el PU en profesionales del AMBA, las intervenciones más conocidas por los profesionales resultaron ser DBT (85.7%) y ACT (76.2%), y en tercer lugar, el PU (48.8%). En nuestro estudio, podemos considerar que el conocimiento de esta intervención por parte de los terapeutas es mediano y levemente elevado en comparación con

lo reportado por investigaciones previas (Peris-Barquero et al., 2022). Esto resulta llamativo, ya que los estudios y aplicación en nuestro país del PU son aún relativamente recientes (Celleri et al., 2022; Grill et al., 2017). En este sentido, la diseminación de esta intervención resulta crucial para una correcta implementación, teniendo en cuenta que la mayoría de los terapeutas reportan dedicarse al tratamiento de pacientes con trastornos mentales del espectro ansioso depresivo (95.2% y 81% respectivamente), foco para el cual fue diseñado.

En cuanto a la formación específica de los terapeutas que conocen y utilizan el PU (que fueron el 48.8% de la muestra), el 52.4% de ellos reportó haber realizado una formación específica en la intervención. Esto dificulta la diseminación, ya que, tal como se ha reportado previamente, la investigación demuestra que la lectura de manuales no es suficiente (Beidas & Kendall, 2010). El porcentaje que reporta haber recibido alguna formación en el PU presenta un promedio de la formación de 28.8 horas, y tal como reportan Rakovshik y McManus (2010), programas con menos de 60 horas son considerados formaciones breves en TCC, por lo que se sugiere que deben complementarse con supervisión y prácticas.

En relación con el último objetivo propuesto, explorar los criterios que utilizan los terapeutas que trabajan con PBE para utilizar el PU y que ventajas y desventajas encuentran en la práctica, observamos lo siguiente. Si bien el 48.8% del total de la muestra reportó al menos conocer la intervención, solo el 25% del total de la muestra reportó utilizarlo. Y de ese 25% que lo utiliza con regularidad, aproximadamente la mitad lo utilizan con 25% al 50% de sus pacientes, y la otra mitad, con el 0% al 25%. A pesar de conocer la intervención e incluso de haber recibido formación, la implementación del modelo pareciera ser escasa. Tal como reportan investigaciones previas, además de la diseminación resulta crucial la correcta implementación. Aun la implementación es más dificultosa en población infanto-juvenil, donde solo 4.8% lo implementa.

Tal como ha reportado la literatura previa (Peris-Baquero et al., 2021), y teniendo en cuenta que hasta el momento no existen otros estudios que evalúen la aceptabilidad del PU por parte de los terapeutas, un gran porcentaje de la muestra reporta que la intervención es poco compleja de implementar (52.45%), lo cual podría ser un beneficio dado que permitiría su aplicación en el ámbito de la salud pública, reduciendo costos (Osma et al., 2018; Peris-Baquero et al., 2021). A su vez, y dado que la intervención fue desarrollada en Estados Unidos por lo cual resulta crucial que sea adaptable a las características culturales de Latinoamérica (Korman, 2019), el 80% de la muestra considera que es muy flexible o suficientemente flexible.

En cuanto al análisis de las categorías, surgió el criterio de selección de la intervención. Los terapeutas reportan utilizar como criterio para su aplicación, el abordaje de las comorbilidades y poder tratar varios trastornos de manera simultánea. Esto coincide con el objetivo de la intervención, ya que permite reducir tiempo y costo de entrenamiento de los terapeutas en diversos protocolos específicos (Steele et al., 2018). También el abordaje de las comorbilidades surgió como una categoría dentro de las ventajas de la utilización del PU, evidenciando una mejor relación costo-beneficio en comparación con los protocolos específicos.

A su vez, entre las ventajas reportadas, los terapeutas del estudio señalan beneficios de la utilización del PU, donde se obtuvieron las categorías claridad

y practicidad y estructura. En la primera, se evidenció la claridad con la que se plantean los distintos ejercicios y componentes de la intervención a lo largo de los manuales. Tal como se reportó en otras investigaciones previas, los pacientes también encuentran útil y claro el contenido del manual (Osma et al., 2015).

Por otra parte, la categoría estructura explícita, al presentar una estructura y orden claro, permite que la intervención sea más fácil de diseminar y, sobre todo, de implementar por terapeutas jóvenes con menos experiencia (Becker et al., 2013). A su vez, al ser una intervención estructurada permite ordenar la práctica clínica y cómo realizar los ejercicios (Christensen et al., 2022).

En cuanto a las desventajas reportadas por los participantes al utilizar el PU, se mencionó por un lado la dificultad por parte de los pacientes para poder realizar las tareas propuestas. Falta de tiempo o falta de energía son los principales motivos de los pacientes para la no realización de la tarea reportados en un estudio previo con el PU (Christensen et al., 2022). En otros países de Latinoamérica también se reportan dificultades similares (Airaldi, 2022). Dada las características culturales de nuestra región, puede resultar difícil el compromiso con la realización de este tipo de actividades. Esto podría también deberse a la gran influencia de la terapia psicoanalítica en el imaginario social (Gonzalez, 2015). En esta misma línea, los terapeutas reportan que, al ser un tratamiento manualizado, con algunos consultantes resulta difícil poder seguir la estructura propuesta sesión por sesión. Las adaptaciones culturales de estas intervenciones entonces resultan cruciales para una mejor implementación y eficacia (Bernal et al., 2009).

Los resultados reportados en este estudio deben tomarse con cautela ya que se presentan diversas limitaciones. En primer lugar, el tamaño de la muestra no permite una completa generalización de los resultados. Por otro lado, la muestra fue recabada por el método bola de nieve y difundido a través de distintas redes sociales y grupos de colegas, por lo cual podría ser difícil generalizar los resultados. A su vez, la gran mayoría de la muestra se encuentra compuesta con terapeutas relativamente jóvenes en el ejercicio de la profesión, y, por esa razón, podría explicarse el alto conocimiento en intervenciones y transdiagnósticas y en el PU. Por último, la muestra se encuentra compuesta por terapeutas del AMBA, por lo cual, podría no ser representativa del resto del país.

## REFERENCIAS

- Airaldi, M. C. (2022). Cognitive Behavioral Therapy in Paraguay. En M. D. Terjesen & K. A. Doyle (Eds.), *Cognitive Behavioral Therapy in a Global Context* (pp. 373-387). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-82555-3\\_24](https://doi.org/10.1007/978-3-030-82555-3_24)
- Alonso, M. (2006). Los psicólogos en la Argentina. *Psicodebate*, 6, 7-14. <https://doi.org/10.18682/pd.v6i0>
- American Psychological Association. (2019). *Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts*. Recuperado de <https://www.apa.org/depression-guideline>
- Andersson, G., Titov, N., Dear, B. F., Rozental, A., & Carlbring, P. (2019). Internet-delivered psychological treatments: from innovation to implementation. *World Psychiatry*, 18(1), 20-28. [doi.org/10.1002/wps.20610](https://doi.org/10.1002/wps.20610)
- Asociación Médica Mundial (1964). *Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Recuperado el 18 de agosto de 2023, de <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199772667.001.0001>
- Becker, E. M., Smith, A. M., & Jensen-Doss, A. (2013). Who's using treatment manuals? A national survey of practicing therapists. *Behaviour research and therapy*, 51(10), 706-710. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.07.008>

- Beidas, R. S., & Kendall, P. C. (2010). Training therapists in evidence-based practice: A critical review of studies from a systems-contextual perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(1), 1-30. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01187.x>
- Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 361-368. <https://doi.org/10.1037/a0016401>
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(2), e12278. [doi.org/10.1111/cpsp.12278](https://doi.org/10.1111/cpsp.12278)
- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2015). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Preliminary Exploration of Effectiveness for Group Delivery. *Behavior Modification*, 39(2), 295-321. <https://doi.org/10.1177/0145445514553094>
- Celleri, M., Cremades, C. F., Rojas, R. L., Garay, C. J., & Osmá, J. (2022). Pilot Study on the Clinical Usefulness and Acceptability of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Online and Group format in Argentina. *Acción Psicológica*, 19 (2), 63-79.
- Christensen, A. B., Rejaye Gryesten, J., Kokholm, J., Vislie, K., Reinholt, N., Dichmann, K., Poulsen, S., Arnfred, S. (2022). The unified protocol: patient and therapist perspectives on the utility of the group manual. *Clinical Psychologist*, 26(2), 129-140. <https://doi.org/10.1080/13284207.2022.2061340>
- Cía, A. H., Stagnaro, J. C., Aguilar Gaxiola, S., Vommaro, H., Loera, G., Medina-Mora, M. E., Sustas, S., Benjet, C., & Kessler, R. C. (2018). Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53, 341-350. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1492-3>
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376-385. <https://doi.org/10.1177/070674371305800702>
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds III, C. F. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *World psychiatry*, 12(2), 137-148. <https://doi.org/10.1002/wps.20038>
- David, D., Cristea, I., & Hofmann, S. G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in psychiatry*, 9(4). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00004>
- Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N. I., Helmich, N., & Lunansky, G. (2021). Argentinian Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A Screening Study of the General Population During Two Periods of Quarantine. *Clinical Psychology in Europe*, 3(1), 1-17. <https://doi.org/10.32872/cpe.4519>
- Etzelmüller, A., Vis, C., Karyotaki, E., Baumeister, H., Titov, N., Berking, M., Cuijpers, P., Riper, H., & Ebert, D. D. (2020). Effects of internet-based cognitive behavioral therapy in routine care for adults in treatment for depression and anxiety: systematic review and meta-analysis. *Journal of medical Internet research*, 22(8), e18100. <https://doi.org/10.2196/18100>
- Eustis, E. H., Gallagher, M. W., Tirpak, J. W., Nauphal, M., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). The Unified Protocol compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: 12-month follow-up from a randomized clinical trial. *General hospital psychiatry*, 67, 58-61. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.08.012>
- Fabrissin, J., Garay, C. J., Keegan, E., Sarudiansky, M., & Korman, G. P. (2014). The Gap in Knowledge of Clinical Practice Guidelines by Mental Health Residents in Buenos Aires (Argentina). *Sage Open*, 4(2). <https://doi.org/10.1177/2158244014535412>
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour research and therapy*, 49(6-7), 373-378. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.005>
- Fernández-Hermida, J. R., Santolaya, F., & Santolaya, J. A. (2017). La acreditación en psicología clínica en España. *Terapia psicológica*, 35 (1), 95-110. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082017000100009>
- Fierro, C., Brisuela Blume, L., Bruna, O., & Biglieri, F. (2017). ¿Pluralismo o monoteoría en psicología clínica? Análisis empírico de problemas epistemológicos y formativos en carreras de psicología en Argentina (2015). *Revista Guillermo de Ockham*, 15(2), 51-68. <https://doi.org/10.21500/22563202.3294>
- Freiheit, S. R., Vye, C., Swan, R., & Cady, M. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety: Is Dissemination Working? *the Behavior Therapist*, 27(2), 25-32.
- Garay, C., Etenberg, M., Hornes, A., Martini, S., & Korman, G. (2011). Guías clínicas en salud mental: conocimiento, valoración y uso en el área metropolitana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Perspectivas en Psicología*, 8(2), 14-19.
- Gintzburg, D. M., Bohn, C., Hofling, V., Weck, F., Clark, D. M., & Stangier, U. (2012). Treatment specific competence predicts outcome in cognitive therapy for social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(12), 747-752. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.001>
- González, M. E. (2015). Las carreras de Psicología, universidad y democracia en Argentina: Notas para una historia reciente. *Procesos Históricos. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, 27 (14), 111-125.
- Grill, Silvina S., Castañeiras, Claudia y Fasciglione, M. Paola . (2017) Aplicación grupal del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en población argentina. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 22 (3), 171-181. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18122>
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (Eds.). (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (Vol. 6). Mc Graw-Hill Education.
- Klinar, D., Gago, P., & Alonso, M. M. (2019). *Distribución ocupacional de los/as psicólogos/as en la República*

- Argentina-relevamiento 2019. Trabajo presentado en el XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Buenos Aires, 2019.
- Korman, G. P. (2019). Ideas para desarrollar una psicoterapia congruente con las características culturales argentinas: Aplicando el modelo de la consonancia cultural. *Anuario de Investigaciones*, 26, 25-35.
- Korman, G. P., Sarudiansky, M., Garay, C. J., & O'Brien, M. C. (2022). Cognitive behavioral therapy in Argentina. *Cognitive behavioral therapy in a global context*, 31-50. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-82555-3\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-030-82555-3_3)
- Korman, G. P., Viotti, N., & Garay, C. J. (2010). Orígenes y profesionalización de la psicoterapia cognitiva: algunas reflexiones sobre la reconfiguración del campo PSI en Buenos Aires. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19, 141-150.
- Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2010, 9 de febrero). Ley 3301: Ley sobre Protección de Derechos de Sujetos en Investigación en Salud. Boletín Oficial del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, N° 3358.
- Levenson, R. W. (2017). Clinical Psychology Training: Accreditation and Beyond. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13(1), 1-22. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093559>
- Mendoza, W. R. C. (2017). Habilidades terapéuticas y limitaciones en la aplicación de las terapias de tercera generación en el contexto latinoamericano. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, XIX(3), 260-273. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v19i3.1067>.
- National Institute for Health and Care Excellence (2011). *Generalised Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults: Management*. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>
- Neufeld, C. B., Barletta, J. B., Scotton, I. L., & Rebessi, I. P. (2021). Distinctive aspects of CBT in Brazil: how cultural aspects affect training and clinical practice. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14, 247-261. <https://doi.org/10.1007/s41811-020-00098-z>
- Neufeld, C. B., Szupszynski, K. P. D. R., Barletta, J. B., Romero, F. A., Rutzstein, G., Airaldi, M. C., Ruiz, P., & Keegan, E. (2021). The development of cognitive behavioral therapy: practice, research, and future directions in Latin America. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14, 235-246. <https://doi.org/10.1007/s41811-021-00100-2>
- Osma, J., Castellano, C., Crespo, E., & García-Palacios, A. (2015). El protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en formato grupal en el ámbito de la salud mental pública española. *Behavioral Psychology*, 23(3), 447-466.
- Osma, J., Peris-Baquero, O., Suso-Ribera, C., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2022). Effectiveness of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in Spain: Results from a randomized controlled trial with 6-months follow-up. *Psychotherapy Research*, 32(3), 329-342. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1939190>
- Osma, J., Suso-Ribera, C., García-Palacios, A., Crespo-Delgado, E., Robert-Flor, C., Sánchez-Guerrero, A., Ferreres-Galan, V., Pérez-Ayerra, L., Malea-Fernández, A., & Torres-Alfosea, M. A. (2018) Efficacy of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in the Spanish public mental health system using a group format: study protocol for a multicenter, randomized, non-inferiority controlled trial. *Health Qual Life Outcomes*, 16, 46. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0866-2>
- Paredes, M. T. (2022). Cognitive Behavioral Therapy in Colombia. *Cognitive Behavioral Therapy in a Global Context*, 159-174. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-82555-3\\_10](https://doi.org/10.1007/978-3-030-82555-3_10)
- Peris Barquero, Óscar, Osma, J. J., & Martínez-Segura, V. (2022). Estudio sobre el uso, aceptabilidad e implementación del Protocolo Unificado en psicólogos generales sanitarios en España. *Anales de Psicología*, 38(3), 399-408. <https://doi.org/10.6018/analesps.484101>
- Rakovshik, S. G., & McManus, F. (2010). Establishing evidence-based training in cognitive behavioral therapy: A review of current empirical findings and theoretical guidance. *Clinical psychology review*, 30(5), 496-516. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.004>
- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*. Sage publications. <https://doi.org/10.4135/9781529682571>
- Sholomskas, D. E., Syracuse-Siewert, G., Rounsaville, B. J., Ball, S. A., Nuro, K. F., & Carroll, K. M. (2005). We Don't Train in Vain: A Dissemination Trial of Three Strategies of Training Clinicians in Cognitive-Behavioral Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 106-115. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.106>
- Simons, A. D., Padesky, C. A., Montemmarano, J., Lewis, C. C., Murakami, J., Lamb, K., DeVinney, S., Reid, M., Smith, D. A., & Beck, A. T. (2010). Training and dissemination of cognitive behavior therapy for depression in adults: A preliminary examination of therapist competence and client outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 751-756. <https://doi.org/10.1037/a0020569>
- Stagnaro, J. C., Cia, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Sustas, S. E., Medina Mora, M. E., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S., & Kessler, R. (2019). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Vertex Revista Argentina De Psiquiatría*, 29(142, nov.-dic.), 275-299.
- Steele, S. J., Farchione, T. J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of psychiatric research*, 104, 211-216. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.005>
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (3 ed.). Sage Publications, Inc.
- Van Dis, E. A., Van Veen, S. C., Hagenaars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L., Van Den Heuvel, R. M., Cuijpers, P., & Engelhard, I. M. (2020). Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-

related disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 77(3), 265-273.  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986>  
World Health Organization (2022). Comprehensive mental health action plan 2013-2030.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

Recibido 29-11-2023 | Aceptado 29-09-2024



Este trabajo se encuentra bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional que permite a terceros utilizar lo publicado siempre que se dé el crédito pertinente a los autores y a *Psicodebate*.