

Neuroticismo, sintomatología psicopatológica y habilidades de conciencia emocional plena: estudio piloto sobre su impacto utilizando el Protocolo Unificado en Argentina

Agosto 2025, Vol. 17,
N°2, 46-53

revistas.unc.edu.ar/index.php/racc

Celleri, Milagros ^{*}, ^a ; Cremades, Camila Florencia ^a ; Rojas, Rodrigo Lautaro ^a; Garay, Cristian Javier ^a 

Artículo Original

Resumen

El Protocolo Unificado (PU) es una intervención transdiagnóstica para los trastornos emocionales que persigue el objetivo de intervenir sobre los rasgos temperamentales asociados al neuroticismo más que en sus manifestaciones sintomáticas discretas. Dado que se han estudiado los efectos disfuncionales de la supresión emocional en la desregulación emocional, una de las habilidades centrales del PU es la conciencia emocional plena. El presente estudio tuvo el objetivo de explorar el impacto preliminar de la aplicación grupal y online del PU en el malestar psicológico, el neuroticismo y las habilidades de conciencia plena en Argentina. Se halló un aumento significativo en los niveles de conciencia plena y una disminución significativa en la sintomatología psicopatológica, aunque sin diferencias significativas en los niveles de neuroticismo. Se requiere mayor investigación en el tema, ya que, al momento y acorde con la literatura previa, la evidencia del impacto del PU en el neuroticismo es controversial.

Palabras clave:

Protocolo Unificado, neuroticismo, conciencia emocional plena, síntomas psicopatológicos, Argentina.

Abstract

Neuroticism, Psychopathological Symptoms, and Mindful Emotional Awareness Skills: A Pilot Study on their Impact using the Unified Protocol in Argentina. The Unified Protocol (UP) is a transdiagnostic intervention for emotional disorders that aims to intervene on the temperamental traits associated with neuroticism rather than on its derived symptomatic manifestations. Given the dysfunctional effects of emotional suppression on emotion dysregulation have been studied, one of the core skills of UP is mindful emotion awareness. The present study aimed to explore the preliminary impact of the online group application of UP on psychological distress, neuroticism and mindfulness skills in Argentina. A significant increase in the levels of mindfulness and a significant decrease in psychopathological symptomatology were found, although there were no significant differences in the levels of neuroticism. Further research is required on this subject since the evidence about the impact of PU on neuroticism is still controversial.

Keywords:

Unified Protocol, neuroticism, mindful emotion awareness, psychopathological symptoms, Argentina.

Tabla de Contenido

Introducción	46
Método	48
Resultados	50
Discusión	50
Referencias	52

Recibido el 20 de mayo de 2024; Aceptado el 20 de noviembre 2024

Editoron este artículo: Guido Deleersnyder, Débora Mola, Débora Burin, Emilia Musso, y Leandro Morales

El Protocolo Unificado (PU) es una intervención transdiagnóstica basada en la regulación emocional creada por David H. Barlow y colaboradores (2011). Fue diseñada para el abordaje de los Trastornos Emocionales (TE) con el objetivo general de evaluar e intervenir sobre los rasgos temperamentales ligados al neuroticismo más que sobre sus manifestaciones sintomáticas derivadas (Barlow et al., 2014), y ha

demostrado ser eficaz para el tratamiento de diferentes trastornos tanto en formato individual como grupal (Barlow et al., 2017; Bullis et al., 2014; Carl et al., 2014; Farchione et al., 2012; Osma et al., 2015; Sauer-Zavala et al., 2020).

Consta de ocho módulos de tratamiento a lo largo de los cuales se entrenan diferentes habilidades de regulación emocional, integrando estrategias de las terapias cognitivo-conductuales

^a Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

*Enviar correspondencia a: Celleri, M. E-mail: milagroscelleri@gmail.com

Citar este artículo como: Celleri, M., Cremades, C., Rojas, R., & Garay, C. (2025). Neuroticismo, sintomatología psicopatológica y habilidades de conciencia emocional plena: estudio piloto sobre su impacto utilizando el Protocolo Unificado en Argentina. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 17(2), 46-53

(flexibilidad cognitiva, contrarrestar las conductas emocionales, contrarrestar las sensaciones físicas y la exposición emocional) con estrategias de las llamadas terapias de “tercera ola” (conciencia emocional plena) (Barlow et al., 2011).

La investigación ha demostrado que los TE (trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de estrés post-traumático, según la clasificación propuesta por Bullis et al., 2019) tienen en común características etiológicas y de mantenimiento (Barlow, 2000). De acuerdo al modelo de la triple vulnerabilidad, estas incluyen una vulnerabilidad biológica generalizada, una vulnerabilidad psicológica generalizada y una vulnerabilidad psicológica específica (Suárez et al., 2009).

La vulnerabilidad biológica generalizada está caracterizada por un elevado neuroticismo, definido como la tendencia a experimentar emociones negativas de manera frecuente e intensa ante una amplia variedad de estresores (Eysenck, 1947), una baja extraversión (Barlow, 2000), una hiperactivación de las estructuras límbicas y una hipoactivación de las estructuras corticales (Barlow et al., 2014). Recientemente, el neuroticismo ha cobrado un mayor interés en el campo ya que representa un rasgo central en estos trastornos, funcionando como un factor de vulnerabilidad para su desarrollo y contribuyendo a su persistencia en el tiempo, en conjunto con las interpretaciones negativas de las propias experiencias emocionales y los esfuerzos por evitarlas o suprimirlas (Barlow et al., 2011).

Actualmente existe una gran variedad de evidencia acerca de la asociación del neuroticismo como factor de riesgo para el desarrollo de distintos trastornos mentales y diversas formas de malestar psicológico, incluyendo a los trastornos emocionales y otros problemas psicosociales y médicos (Lahey, 2009). En esta línea, se ha propuesto que muchos de los síntomas típicos de los trastornos de ansiedad, depresivos y relacionados son en realidad una expresión del neuroticismo subyacente (Brown et al., 1998; Kasch et al., 2002; Sauer-Zavala et al., 2012), por lo que puede convertirse en un foco más eficiente de tratamiento que los diversos síntomas en sí mismos.

Tradicionalmente, el neuroticismo se conceptualizó como una variable de personalidad estable a lo largo del tiempo (Barlow et al., 2021). Sin embargo, la evidencia acerca de su posible

maleabilidad ha ido en aumento (Barlow et al., 2014), pudiendo observarse que decrece en respuesta a los tratamientos, así como por el paso del tiempo y los eventos de la vida (Barlow et al., 2021). Recientemente, estudios del PU en las variables de personalidad han aportado evidencia favorable sobre estas hipótesis (Carl, et al., 2014; Sauer-Zavala, Fouernier, et al., 2021), aunque dicha evidencia aún es controversial (Osma et al., 2021).

Además de la experimentación de emociones negativas intensas, los TE se caracterizan por una reacción aversiva frente a la propia experiencia emocional, guiada por la percepción de las propias emociones como inaceptables o incontrolables, lo que favorece la emisión de conductas de escape y/o evitación. Paradójicamente, esto exacerba los síntomas y funciona como uno de los principales mecanismos de mantenimiento de estos trastornos (Bullis et al., 2019). Frente a ello, el PU fomenta una postura centrada en la aceptación emocional, que de forma indirecta contribuye a la reducción de la sintomatología psicopatológica. Para ello incorpora estrategias de conciencia emocional plena, incluyendo un módulo de entrenamiento formal en *mindfulness* (Woods et al., 2020).

El *mindfulness* (o conciencia plena) se define como una forma particular de prestar atención, con intención, en el momento presente y de manera no juiciosa (Kabat-Zinn, 1990). Se trata de una habilidad que se ha operacionalizado a partir de dos componentes bien definidos. Por un lado, la autorregulación de la atención en la experiencia inmediata, tanto interna como externa, y, por el otro, la adopción de una actitud de curiosidad, apertura y aceptación hacia la experiencia de cada momento (Bishop et al., 2004). Conforme con esta operacionalización, el PU entrena a los consultantes en aproximarse a sus emociones centrándose en el presente y sin juzgarlas (Barlow et al., 2011).

Su inclusión en el protocolo persigue el objetivo de aumentar la conciencia de las emociones y de las reacciones frente a las mismas, funcionando como una estrategia de regulación, pero también como una base para las habilidades subsiguientes. Se ha encontrado que la práctica de *mindfulness* en sí misma disminuye los niveles de ansiedad y depresión (Khoury et al., 2013) pero que también mejora los resultados de otras técnicas, como la exposición (Curreri et al.,

2020).

Dada la relevancia que recientemente ha vuelto a cobrar el estudio del neuroticismo, así como la inclusión de estrategias de *mindfulness* en los tratamientos psicológicos, se ha hipotetizado que el Protocolo Unificado contribuye a la reducción del neuroticismo, al aumento de las habilidades de conciencia emocional plena y a la reducción del malestar psicológico (Curreri et al., 2020). A la fecha no se han realizado estudios en Argentina que evalúen el impacto del PU en dichas variables en nuestro contexto cultural. El objetivo del presente estudio grupal de caso fue explorar el impacto de la aplicación del Protocolo Unificado en el malestar psicológico, las habilidades de conciencia plena y el neuroticismo en la población de Buenos Aires, Argentina. Para alcanzar dichos objetivos, se ha realizado un análisis secundario de los datos obtenidos en un estudio no controlado (Celleri et al., 2023).

Método

Diseño

El presente estudio es un análisis secundario de los datos obtenidos a partir de un estudio de la aplicación grupal del Protocolo Unificado (Celleri et al., 2023) que no ha sido publicados previamente. El objetivo del estudio principal fue evaluar la utilidad clínica de la aplicación online y grupal del Protocolo Unificado. Para ello, se realizó un estudio cuasi-experimental con medidas pre y post tratamiento ($n = 7$) del Protocolo Unificado en formato online (vía teleterapia).

Los análisis estadísticos fueron realizados utilizando IBM SPSS (Versión 22.0). Los datos sociodemográficos fueron calculados con estadísticos descriptivos. Se utilizó la prueba de Wilcoxon para la comparación pre-post tratamiento dado que la muestra era pequeña y no se cumplían los supuestos de normalidad y homocedasticidad de varianza. Por otro lado, se reporta el Cliff's delta como medida de tamaño de efecto.

Consideraciones Éticas

Todos los sujetos que participaron del presente estudio han aceptado el consentimiento informado, en el que se les han explicitado los objetivos de la investigación y la posibilidad de retirarse en cualquiera de las fases de la misma. Además, se ha explicitado el carácter voluntario de su participación.

El presente estudio se encuentra enmarcado en un proyecto UBACYT (Universidad Nacional de Buenos Aires, Secretaría de Ciencia y Técnica) de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y no presentó costo alguno para los participantes. El mismo fue aprobado por el Comité de Conductas Responsables de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Procedimiento

Para participar del estudio, todos los participantes se han inscripto de manera voluntaria. La recolección de la muestra se ha realizado a partir de la difusión entre colegas y mediante *flyers* en redes sociales. La inscripción se ha realizado a partir de un formulario de *Google Forms*, donde se han explicitado los objetivos y requisitos para la participación en la investigación.

Inicialmente se inscribieron 31 participantes de los cuales nueve fueron evaluados y seleccionados para su participación en el grupo. Finalmente, siete confirmaron su participación y comenzaron el tratamiento. De esos siete participantes, dos abandonaron el grupo antes de la sesión 6 por motivos personales. Mayores detalles acerca del proceso de evaluación y reclutamiento se encuentran descritos en el artículo principal (Celleri et al., 2023).

Los criterios de inclusión han sido: 1) aceptar el consentimiento informado; 2) comprometerse a participar de la totalidad de las sesiones programadas; 3) aceptar la grabación del audio y video de las sesiones para que sean supervisadas; 4) presentar un trastorno de ansiedad o de depresión según DSM-5; 5) no presentar comorbilidades con trastornos psicóticos, bipolaridad, trastornos alimentarios, trastorno límite de la personalidad o ideación suicida grave. Aquellos participantes que no han sido incluidos en el grupo fueron informados acerca de dónde obtener tratamiento acorde a su sintomatología en el ámbito público de la Ciudad de Buenos Aires o Provincia de Buenos Aires, de acuerdo a su sitio de residencia.

Las evaluaciones fueron realizadas por cuatro psicólogos del equipo de investigación. Las mismas se realizaron a través de videollamadas contemplando todos los trastornos incluidos en el DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Participantes

Un total de siete sujetos participaron del estudio, de los cuales cinco completaron las 11 sesiones de la intervención. La edad media de los sujetos fue de 27.71 años ($DE = 5.53$). La mayoría ($n = 6$) de los participantes reportó identificarse con el género femenino (85.7%), mientras que el participante restante se identificó con el género masculino. Todos los participantes residían en el AMBA (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense) y la mayoría ($n = 4$) poseía secundario completo (57.1%). Por su parte, los demás participantes ($n = 3$) poseían universitario o terciario completo (42.9%). Un solo participante tenía un hijo. Los participantes no se encontraban recibiendo otro tipo de tratamiento (ya sea psicológico o farmacológico), aunque uno de ellos declaró tomar clonazepam a demanda.

Los diagnósticos de los participantes incluidos fueron: distimia, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de ansiedad no especificado (TANE), trastorno de ansiedad social (TAS), trastorno depresivo mayor (TDM) y trastorno de pánico (TP).

Los datos acerca de las características de la muestra se encuentran descritos con mayor detalle en el artículo principal (Celleri et al., 2023).

Instrumentos

Cuestionario Sociodemográfico Ad-hoc

Se ha recopilado la información sociodemográfica de los participantes del presente estudio a partir de un cuestionario ad-hoc. Se indagaron las variables: edad, género, lugar de residencia, máximo nivel educativo alcanzado, tratamientos psicoterapéuticos previos, curso, año y duración de los mismos, tratamientos farmacológicos en curso y diagnósticos psiquiátricos recibidos.

Escala de Atención y Conciencia Plena (Mindfulness Attention Awareness Scale [MAAS]; Brown & Ryan, 2003; adaptación argentina de Montes et al., 2014)

Se ha recopilado la información sociodemográfica de los participantes. Es una escala diseñada con el objetivo de medir el nivel de atención y conciencia del momento presente. Consta de 15 ítems en los que se presentan situaciones generales y específicas de ausencia de conciencia plena. Cada ítem consta de 6 opciones de respuesta que van de 1 (casi siempre) a 6 (casi nunca) en una escala tipo

Likert. Puntajes más altos indican mayores niveles de *mindfulness*. En su versión argentina presenta un alfa de Cronbach de .84.

Cuestionario de Personalidad IPIP-FFM (IPIP-FFM Questionnaire of Personality; Goldberg, 1999; adaptación argentina de Cupani, 2009)

Se ha recopilado la información sociodemográfica de los participantes. Es un cuestionario diseñado para medir los cinco grandes factores de personalidad (neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad). Consta de 50 ítems divididos en 5 escalas en los que se describen comportamientos típicos de las personas. Para cada uno se debe indicar el nivel de precisión de la descripción en una escala Likert de 5 opciones que va desde 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). Para el presente estudio solo fue utilizada la escala de neuroticismo, que en su versión argentina presenta un alfa de Cronbach de .70.

Symptom Checklist-27 ([SCL-27]; Hardt & Gerbershagen, 2001; adaptación argentina de Góngora & Castro Solano, 2021)

Es un inventario diseñado con el objetivo de detectar la presencia de síntomas psicopatológicos. Consta de 27 ítems en los que se presentan diversos síntomas que pudieran haberse experimentado en la última semana. Cada ítem consta de 5 opciones de respuesta que van de 0 (nada) a 4 (mucho) en una escala tipo Likert. Los ítems se agrupan en 6 dimensiones: síntomas depresivos, distimia, síntomas vegetativos, agorafobia, fobia social y desconfianza. Fue adaptado y validado al contexto argentino presentando un alfa de Cronbach de .73.

Tratamiento

El grupo fue coordinado por dos psicólogas matriculadas en Capital Federal para el ejercicio de la práctica profesional en Psicología. Una de ellas (MC) es Especialista en Psicología Clínica y Terapia Cognitiva-Conductual (UBA) con entrenamiento en el PU. La otra (CC) es Licenciada en Psicología (UBA) con entrenamiento en terapia DBT. El grupo fue supervisado por un terapeuta experto (CG), certificado por la Asociación Argentina de Terapia Cognitiva.

Durante 11 semanas consecutivas, todos los participantes del grupo recibieron una sesión

grupal semanal de 90 minutos según el manual del Protocolo Unificado (Barlow et al., 2011) a través de teleterapia. Todos los módulos se trabajaron en una sesión, a excepción de los módulos de conciencia emocional plena y de exposición, que fueron divididos en dos sesiones. Al finalizar todas las sesiones se asignó la tarea correspondiente al módulo trabajado y la misma fue revisada al comienzo de la sesión siguiente. El contenido de las sesiones se ha distribuido de la siguiente manera: 1) Presentación del grupo, conceptualización del caso y presentación de los contenidos del tratamiento; 2) Módulo 1: motivación para el cambio; 3) Módulo 2: entendiendo las emociones; 4 y 5) Módulo 3: Conciencia emocional plena; 6) Módulo 4: Flexibilidad cognitiva; 7) Módulo 5: Conductas emocionales; 8) Módulo 6: Exposición interoceptiva; 9 y 10) Módulo 7: Exposición emocional y en vivo; 11) Módulo 8: Prevención de recaídas.

Resultados

Tras realizar pruebas de los rangos con signo de Wilcoxon (ver Tabla 1) se observó un aumento estadísticamente significativo en los niveles de conciencia plena ($z = -2.03$; $p < .05$) y una disminución significativa en sintomatología psicopatológica ($z = -2.02$; $p < .05$). No se observaron diferencias significativas en los niveles de neuroticismo ($z = -1.07$; $p = .285$).

En paralelo, se analizaron los tamaños de efecto con el *Cliff's delta* (ver Tabla 1). Se consideraron los siguientes valores como estimados de la magnitud del efecto: hasta 0.15 pequeño; a partir de 0.33 mediano; a partir de 0.47 grande (Macbeth et al., 2011). Se observaron tamaños de efecto grande para nivel de conciencia plena (*Cliff's delta* = -.6) y sintomatología psicopatológica (*Cliff's delta* = .92). Por otro lado, se observó un tamaño de efecto pequeño para neuroticismo (*Cliff's delta* = .16).

Tabla 1.

Medias, desviación estándar, Test de Wilcoxon y Tamaño del efecto

Variable	Pre (n=5)	Post (n=5)	Pre-Post	
	M (SD)	M (SD)	Z	Cliff's delta
MAAS	46.4 (15.79)	58.4 (5.13)	-2.03*	-0.6
IPIP-FFM	34 (6.75)	31.2 (7.6)	-1.07	0.16
SCL-27	78 (17.42)	47 (13.4)	-2.02*	0.92

Nota. IPIP-FFM = Cuestionario de Personalidad IPIP-FFM; MAAS = Escala de Atención y Conciencia Plena; SCL-27 = *Symptom Checklist-27*; * $p < .05$.

Discusión

El presente trabajo tuvo por objetivo explorar el impacto del PU administrado en formato grupal y virtual sobre los niveles de conciencia plena, la sintomatología psicopatológica y los niveles de neuroticismo en sujetos con trastornos emocionales. Considerando que hay evidencia a favor de la conciencia plena como un proceso transdiagnóstico que favorece la disminución de sintomatología psicopatológica y la importancia que se da al entrenamiento de este proceso en el protocolo, se esperan ver cambios significativos en dichas variables.

Estos resultados preliminares aportan evidencia que propone al PU como una intervención que podría ser eficaz para aumentar la conciencia plena en sujetos con trastornos emocionales y para disminuir su sintomatología. A su vez, el hecho de haber obtenido dichos resultados en un formato virtual, convierten al PU

en un protocolo que permite extender la atención basada en evidencia a personas que por cuestiones geográficas o sanitarias no pueden acudir a una atención presencial. Asimismo, su formato grupal permite la atención de un mayor número de consultantes y consecuentemente la reducción de listas de espera.

En todos los participantes de nuestro estudio se ha observado una disminución significativa y con tamaño del efecto grande ($z = -2.02$; *Cliff's delta* = .92) para la sintomatología psicopatológica, un hallazgo poco novedoso, pero consistente con otros estudios sobre la aplicación del PU en sujetos con TE (Barlow et al., 2017; Carl et al., 2014). Sin embargo, no se observó una disminución significativa en los niveles de neuroticismo ($z = -1.07$; *Cliff's delta* = .16). Estos resultados difieren de los resultados hallados en estudios previos, donde se ha reportado una reducción significativa del neuroticismo luego de la aplicación del PU (Osma et al., 2021; Sauer-

Zavala, Fournier, et al., 2021; Zemestani et al., 2022), aunque en otros estudios esto fue contradictorio, alcanzando reducciones significativas en el afecto negativo únicamente a los 12 meses post-tratamiento (Osma et al., 2015). En el mayor estudio realizado hasta el momento acerca del impacto del PU en el neuroticismo, se halló que en el seguimiento a 16 semanas, las personas que recibieron tratamiento con el PU en comparación con TCC estándar presentaron niveles más bajos de neuroticismo (Sauer-Zavala, Fournier, et al., 2021).

A pesar de ello, estos hallazgos son consistentes con la evidencia previa que sugiere que la sintomatología psicopatológica y el neuroticismo pueden modificarse de manera independiente (Tang et al., 2009). Asimismo, los resultados son consistentes con el estudio principal, donde se ha hallado un impacto del PU en la dimensión afecto negativo estado pero no en afecto negativo rasgo (Celleri et al., 2023). Una posible hipótesis explicativa sería que los cambios en las variables temperamentales requieren más semanas para modificarse en comparación con la reducción sintomática (Osma et al., 2015). Se espera poder dilucidar este interrogante con el seguimiento que se realizará de los participantes a los tres, seis y doce meses y con futuros estudios con diseños más robustos que permitan echar luz sobre este fenómeno.

En contraste con otras intervenciones cognitivo-conductuales donde el foco se encuentra centrado en la reducción de la sintomatología psicopatológica, se hipotetizó que el PU sería más adecuado en el abordaje del neuroticismo ya que las intervenciones se encuentran dirigidas a las reacciones aversivas y evitativas de las experiencias emocionales, desde una perspectiva de tolerancia y aceptación de las emociones, mediado principalmente por la inclusión de las estrategias de conciencia emocional plena y esto sería un punto clave del PU ya que se ha hallado que las intervenciones TCC estándar no producirían diferencias en los niveles de neuroticismo comparados con un grupo control sin tratamiento (Sauer-Zavala, Rosellini, et al., 2021). Se hipotetiza que esta diferencia estaría dada por el objetivo de la exposición: mientras que en los protocolos específicos el objetivo es reducir la sintomatología, en el PU el objetivo es aprender a tolerar las emociones, aunque se requiere mayor investigación en el tema.

En cuanto a las habilidades de conciencia emocional plena, en este estudio se ha observado un incremento significativo y un tamaño del efecto grande ($z = -2.03$; *Cliff's delta* = $-.6$) luego de la intervención. Estos datos son consistentes con estudios previos en los que se ha evaluado la adquisición de habilidades de conciencia emocional plena a partir del PU (Curreri, et al., 2020; Sauer-Zavala, Fournier, et al., 2021; Woods et al., 2020). Se ha postulado que una de las implicancias clínicas de la adquisición de estas habilidades es favorecer la potenciación del aprendizaje inhibitorio, a partir de la disminución de las conductas sutiles de evitación y el mantenimiento del foco atencional en el estímulo amenazante, produciendo la “violación de expectativas” (Craske et al., 2014).

Si bien los resultados son prometedores, el estudio cuenta con algunas limitaciones. Para empezar, la muestra final fue muy pequeña y con un gran sesgo hacia el género femenino. Esto no solo dificulta la generalización de los resultados, sino que también disminuye la potencia estadística y priva de la posibilidad de realizar análisis más complejos. Para futuras investigaciones sería interesante contar con muestras más grandes para estudiar los efectos de mediación de los rasgos de personalidad y los de moderación de las diversas estrategias entrenadas en el PU (como la conciencia plena) sobre la sintomatología psicopatológica.

En conclusión, el presente estudio aporta evidencia a favor de la utilización del PU en formato grupal y virtual con consultantes que presentan trastornos emocionales. De acuerdo a los resultados presentados, el mismo ha demostrado disminuir de manera significativa la sintomatología psicopatológica y aumentar significativamente los niveles de conciencia plena, uno de los procesos trabajados en el protocolo.

Disponibilidad de datos

Todo el conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio está disponible mediante solicitud al autor de contacto. El conjunto de datos no está públicamente disponible debido a que involucra datos de sujetos de investigación y se debe resguardar su utilización.

Disponibilidad de métodos analíticos

Todo el conjunto de métodos analíticos que apoya los resultados de este estudio está

disponible mediante solicitud al autor de contacto. El conjunto de métodos analíticos no está públicamente disponible debido a derechos de autor.

Disponibilidad de materiales

Todo el conjunto de materiales que apoya los resultados de este estudio fue publicado en el propio artículo.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247–1263. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1247>
- Barlow, D. H., Curren, A. J., & Woodard, L. S. (2021). Neuroticism and Disorders of Emotion: A New Synthesis. *Current Directions in Psychological Science*, 30(5), 410-417. <https://doi.org/10.1177%2F09637214211030253>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, M. A., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Botcher, H. T. & Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 74(9), 875-884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, Farchione, T. J., C. P., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. T. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., & Ellard, K. K. (2014). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344-365. <https://doi.org/10.1177%2F2167702613505532>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 179–192. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.2.179>
- 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. <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. (2014). 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>
- Carl, J. R., Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S. E., Bentley, K. H., & Barlow, D. H. (2014). A preliminary investigation of the effects of the unified protocol on temperament. *Comprehensive psychiatry*, 55(6), 1426-1434. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.04.015>
- Celleri, M., Cremades, C. F., Rojas, R. L., Garay, C. J., & Osma, J. (2023). 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.
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10-23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- Cupani, M. (2009). El cuestionario de Personalidad IPIP-FFM: Resultados preliminares de una adaptación en una muestra de preadolescentes argentinos. *Perspectivas en Psicología*, 6, 51-58.
- Curren, A. J., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2020). Mindful emotion awareness facilitates engagement with exposure therapy: An idiographic exploration using single case experimental design. *Behavior Modification*, 46(1), 36-62. <https://doi.org/10.1177/0145445520947662>
- Eysenck, H. J. (1947). *Dimensions of personality*. Routledge & Paul.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W. & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43(3), 666-678. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>
- Goldberg, L. R. (1999). A broad-bandwidth, public

- domain, personality inventory measuring the lower-level facets of several five-factor models. *Personality psychology in Europe*, 7(1), 7-28.
- Góngora, V. C., & Castro Solano, A. C. (2021). Validación del SCL-27 en población general y en población clínica argentina. *Psicobate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 21(1), 49-60. <https://dx.doi.org/10.18682/pd.v21i1.4018>
- Hardt, J., & Gerbershagen, H. U. (2001). Cross-validation of the SCL-27: A short psychometric screening instrument for chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 5(2), 187-197. <https://doi.org/10.1053/eujp.2001.0231>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. Delta.
- Kasch, K. L., Rottenberg, J., Arnow, B. A., & Gotlib, I. H. (2002). Behavioral activation and inhibition systems and the severity and course of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4), 589–597. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.4.589>
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M.-A., Paquin, K., & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763–771. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>
- Lahey, B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64(4), 241–256. <https://doi.org/10.1037/a0015309>
- Macbeth, G., Razumiejczyk, E., & Ledesma, R. D. (2011). Cliff's Delta Calculator: A non-parametric effect size program for two groups of observations. *Universitas Psychologica*, 10(2), 545–555. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy10-2.cdcp>
- Montes, S. A., Ledesma, R. D., García, N. M., & Poó, F. M. (2014). The mindful attention awareness scale (MAAS) in an Argentine Population. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 47(1), 43-51. <https://doi.org/10.1177/0748175613513806>
- Osma, J., Castellano, C., Crespo, E., & García-Palacios, A. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in a Spanish public mental health setting. *Psicología Conductual*, 23(3), 447-466. <https://www.researchgate.net/publication/286929549>
- Osma, J., Peris-Baquero, O., Suso-Ribera, C., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2021). Predicting and Moderating the Response to the Unified Protocol: Do Baseline Personality and Affective Profiles Matter?. *Cognitive Therapy and Research* 45, 817-830. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10208-6>
- Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Steele, S. J., Tirpak, J. W., Ametaj, A. A., Nauphal, M., Cardona, N., Wang, M., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). Treating depressive disorders with the Unified Protocol: A preliminary randomized evaluation. *Journal of affective disorders*, 264, 438-445. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.072>
- Sauer-Zavala, S., Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Bentley, K. H., Ametaj, A., & Barlow, D. H. (2012). The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the Unified Protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behaviour research and therapy*, 50(9), 551-557. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.005>
- Sauer-Zavala, S., Fournier, J. C., Jarvi Steele, S., Woods, B. K., Wang, M., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2021). Does the unified protocol really change neuroticism? Results from a randomized trial. *Psychological medicine*, 51(14), 2378-2387. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000975>
- Sauer-Zavala, S., Rosellini, A. J., Bentley, K. H., Ametaj, A. A., Boswell, J. F., Cassiello-Robbins, C., Tirpak, J. W., Farchione, T. J. & Barlow, D. H. (2021). Skill Acquisition During Transdiagnostic Treatment With the Unified Protocol. *Behavior Therapy*, 52(6), 1325-1338. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.03.001>
- Suárez, L. M., Bennett, S. M., Goldstein, C. R., & Barlow, D. H. (2009). Understanding anxiety disorders from a "triple vulnerability" framework. En M. M. Antony & M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 153–172). Oxford University Press.
- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J., Shelton, R., & Schalet, B. (2009). Personality Change During Depression Treatment: A Placebo-Controlled Trial. *Archives of General Psychiatry*, 66(12), 1322–1330. <https://doi.org/10.1001%2Farchgenpsychiatry.2009.166>
- Woods, B. K., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). Isolating the Effects of Mindfulness Training Across Anxiety Disorder Diagnoses in the Unified Protocol. *Behavior Therapy*, 51(6), 972-983. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.01.001>
- Zemestani, M., Ommati, P., Rezaei, F., & Gallagher, M. W. (2022). Changes in neuroticism-related constructs over the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in patients on an optimal dose of SSRI. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(2), 171–181. <https://doi.org/10.1037/per0000482>