



Trabajo Fin de Máster

**Máster Universitario en Psicología General
Sanitaria**

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL DESARROLLO DE PSICOPATOLOGÍAS EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA: UNA PERSPECTIVA TRANSDIAGNÓSTICA

Presentado por: DANIEL PAVÓN SÁENZ

Tutor/a académico/a: IVÁN BLANCO

Alcalá de Henares, 15 de marzo de 2022

Índice

1. Resumen.....	2
Abstract	2
2. Introducción y justificación.	4
3. Objetivos.	5
4. Marco teórico	6
4.1. Prevalencia de los trastornos psicológicos en población universitaria	6
4.2. Depresión.....	9
4.2.1. Concepto y criterios diagnósticos.....	9
4.2.2. Modelos explicativos	10
4.2.3. Factores de riesgo	12
4.3. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG).....	15
4.3.1. Concepto y criterios diagnósticos.....	15
4.3.2. Modelos explicativos	16
4.3.3. Factores de riesgo	18
5. Perspectiva y factores transdiagnósticos encontrados.	20
6. Debilidades de los programas de intervención anteriores.....	22
7. Metodología de investigación	28
7.1. Estrategia de búsqueda	28
8. Propuesta de intervención	31
8.1. Presentación de la propuesta	31
8.2. Objetivos de la propuesta.....	31
8.4. Metodología y recursos.	32
8.4.1. Participantes e instrumentos	32
8.4.2. Organización y actividades.....	33
8.5. Tareas/Sesiones	34
8.6. Cronograma de aplicación	49
8.7. Evaluación de la propuesta.....	50
9. Conclusiones.....	50
10. Referencias bibliográficas.....	52
11. Anexos	72

1. Resumen

Numerosos estudios realizados destacan la alta prevalencia del trastorno depresivo y el trastorno por ansiedad generalizada en población universitaria. Debido a la importancia de prevenir el desarrollo de las psicopatologías se crea el programa de prevención de carácter transdiagnóstico. Para su elaboración se ha investigado la etiología, modelos explicativos y factores de riesgo comunes, además de revisar los programas transdiagnósticos existentes en los últimos cinco años. El programa aborda la problemática utilizando técnicas y dinámicas que han sido empleadas por los diferentes enfoques a lo largo de los años debido a su eficacia. Para ello, se ha diversificado el proyecto en cuatro áreas de trabajo diferentes dedicadas a los aspectos cognitivos, la regulación emocional, la adquisición de habilidades de afrontamiento y solución de problemas y a la potenciación de aspectos positivos de los participantes.

Palabras clave: Depresión, transdiagnóstico, ansiedad generalizada, etiología, factores de riesgo.

Abstract

Numerous studies show the prevalence of depressive disorder and generalized anxiety disorder between university students. Due to the importance of preventing the development of psychopathologies, a transdiagnostic prevention program was created. For its elaboration, the etiology, explanatory models and common risk factors have been researched, in addition to reviewing the existing transdiagnostic programs from the last five years. The program addresses the problem using techniques and dynamics that have been used by different approaches over the years due to their effectiveness. To this end, the project has been diversified into four different work areas: cognitive aspects,

emotional regulation, the acquisition of coping and problem-solving skills and the empowerment of positive aspects of the participants.

Key words: depression, transdiagnostic, generalized anxiety, etiology, risk factors.

2.Introducción y justificación.

Tras la reciente demanda de asistencia psicológica debido a la pandemia provocada por el Covid-19 se ha podido constatar que los diferentes grupos poblacionales se han visto afectados, destacando en los medios de comunicación a la población anciana y a la población infanto-juvenil. No obstante, y aunque tiende a pasar desapercibido, uno de los grupos poblacionales que presenta mayor tasa de trastornos psicológicos es el universitario (Ballester et al.,2020). Esto se debe a que la etapa universitaria es uno de los periodos donde se sufren cambios más significativos a nivel social y académico, haciendo que los estudiantes sean más vulnerables al desarrollo de problemas de salud mental, siendo incluso mayores los datos de prevalencia en universitarios que en población adulta (Castellanos et al.,2016).

De esta manera, se consideró necesario crear un programa de prevención del desarrollo de los trastornos psicológicos más prevalentes desde una perspectiva transdiagnóstica (es decir, trabajar características comunes en las diferentes patologías) con el fin de evitar la proliferación de los síntomas asociados a dichos trastornos dirigido a la población universitaria (ya que no se encuentran programas de estas características en la literatura). Del mismo modo, para realizar este proyecto es necesario conocer los trastornos más prevalentes en los universitarios a nivel mundial, para después conocer su etiología, los modelos explicativos y los factores de riesgo comunes que permitirán elaborar una propuesta óptima (ya que se podrán emplear las dinámicas y técnicas que históricamente han demostrado su eficacia en los trastornos encontrados).

Por ende, además de elaborar un programa enfocado en la prevención transdiagnóstica dirigido exclusivamente a la población universitaria, el propósito de esta iniciativa es darle visibilidad a un colectivo en desarrollo que no está siendo tenido en cuenta y

permitir que otros profesionales puedan replicar o basarse en este estudio para generar nuevos proyectos mejorados utilizando una perspectiva transdiagnóstica.

3.Objetivos.

Objetivo general

- Realizar una propuesta de prevención del desarrollo de trastornos depresivos y trastornos de ansiedad en población universitaria centrándose en el trabajo en procesos comunes a dichos trastornos.

Objetivos específicos

- Conocer la prevalencia de los trastornos depresivos y trastornos de ansiedad en la población universitaria en la actualidad.
- Analizar qué factores de riesgo son comunes al desarrollo de trastornos depresivos y trastornos de ansiedad que padece la población universitaria.
- Presentar las diferentes técnicas que se pueden emplear de manera conjunta para la prevención del desarrollo de dichas patologías.

4.Marco teórico

4.1. Prevalencia de los trastornos psicológicos en población universitaria

Tras realizar una revisión de la literatura científica, estudios previos a la aparición de la pandemia ya reportaban tasas de psicopatología elevadas en dicha población. Por ejemplo, el estudio realizado en 2018 por el WHO World Mental Health International College Student Project en 19 universidades repartidas en diferentes países (España, Australia, Alemania, Bélgica, Estados Unidos, Irlanda del Norte, México y Sudáfrica) reveló que la depresión mayor, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y el trastorno por sustancias eran los más reportados por los alumnos (Auerbach et al.,2018). A su vez, estudios longitudinales (realizados durante 10 años, del 2007 al 2017) con una muestra de más de 155.000 estudiantes de 196 campus diferentes revelaron que las tasas de inicio de tratamiento se han incrementado del 19% en 2007 al 34% en 2017, siendo la depresión el trastorno más prevalente (Lipson et al.,2019). Así mismo, se encuentran datos similares en diferentes revisiones sistemáticas, donde nuevamente los síntomas de depresión y ansiedad son reportados como los más comunes por los estudiantes (January et al., 2018).

No obstante, analizando los datos de prevalencia en las diferentes poblaciones a nivel mundial, se obtienen resultados similares. Por ejemplo, en el continente americano se encuentran estudios como el realizado por Torres et al., (2017) a estudiantes universitarios ecuatorianos que refleja que el 6,2% de los alumnos padecían un episodio de depresión mayor, un 2,2% trastorno de pánico y un 0,02% trastorno de ansiedad generalizada, donde además se pudo constatar que ciertos factores como el género, el área de estudio, la personalidad o el apoyo social percibido contribuían a su desarrollo. También encontramos tasas del 20,3% de estudiantes que presentan sintomatología depresiva en universidades procedentes de México (Universidad Autónoma de Baja California) (Tadeo-Álvarez et al.,2019), y un 34,9% en universidades procedentes de

Chile (Kobus et al., 2020). En la zona sur del continente (Brasil) se reflejaron resultados parejos, con una prevalencia del 30% de estudiantes con síntomas de depresión y 62,9% de ansiedad (Fernandes et al.,2018).

En líneas similares se encuentran la mayoría de estudios realizados en los principales países europeos, donde se reporta la sintomatología depresiva y ansiosa como la más común dentro de los grupos universitarios. En este sentido, las principales investigaciones realizadas con población española reflejan que en torno a un 20% de los estudiantes presentan sintomatología depresiva y en torno a un 18% sintomatología ansiosa (siendo el trastorno de ansiedad generalizada el más prevalente), (Auerbach et al.,2018; Ballester et al.,2020). Así mismo, países del centro y norte de Europa como Bélgica, Irlanda del Norte y Alemania muestran tasas semejantes en su población estudiantil. No obstante, cabe añadir que, en estudios realizados en países como Francia o Polonia, se encuentra sintomatología comórbida a la depresiva y ansiosa tales como insomnio (Sredniawa et al.,2019) o desórdenes alimenticios (Tavolacci et al., 2020).

También revisando las tendencias de psicopatología en población universitaria procedente del continente africano se obtienen porcentajes de prevalencia más altos que en los continentes occidentales, aunque la sintomatología es la misma. Por ejemplo, en una investigación realizada en Libia se obtuvieron tasas elevadas de estudiantes de medicina con síntomas depresivos (45%) así como un 10% de la muestra reflejaban síntomas propios de ansiedad y estrés severo (Sherif et al.,2021). No obstante, numerosos estudios recalcan el abuso de alcohol y de sustancias en los alumnos universitarios como una de las problemáticas a prevenir, como, por ejemplo, el estudio realizado en Kenia por Musyoka et al., (2020) donde un 25 % mostraba un abuso del consumo de alcohol, mientras que un 20% consumía marihuana de forma excesiva. Además, y a modo de contraste, hay que destacar que en la zona de Sudáfrica (con un

estilo cultural y socioeconómico diferente) la investigación realizada a una muestra de 1402 estudiantes concluyó que el 24,7% sufría de depresión mayor, así como un 20,8% presentaba un trastorno de ansiedad generalizada, destacando el género y la orientación sexual como factores a tener en cuenta (Bantjes et al.,2019).

Por último, teniendo en cuenta las investigaciones realizadas en el continente asiático , donde las diferencias socioculturales son significativas respecto a los países occidentales, se han obtenido resultados parejos (no obstante, un aspecto a favor de los estudios realizados en Asia es que la muestra de participantes es cuantiosamente más elevada que en los países occidentales).En este sentido, cabe destacar que los estudios concluyen con que los trastornos de ansiedad y depresivos son los que mayor presencia han tenido en la población universitaria en los últimos años (Wang et al.,2020). En dichas investigaciones no solo se obtuvieron esos resultados, sino que se pudo dilucidar qué factores podrían contribuir al desarrollo de la sintomatología, como por ejemplo el tipo de estudios universitarios (en este caso, la carrera de medicina) (Cao et al., 2020), o el bajo apoyo social percibido (Ma et al.,2020; Pratmuki et al.,2020). Es pertinente también destacar, que, en investigaciones realizadas a estudiantes universitarios de otras regiones asiáticas, como, por ejemplo, Japón, también se encontraba una alta prevalencia de trastornos comórbidos como los trastornos adictivos, concretamente el consumo de sustancias como el alcohol (Yoshimoto et al.,2017) o la adicción a Internet¹ (Kitazawa et al.,2018).

A modo de conclusión se debe manifestar que, en el último año, donde finalizó el estado de alarma respecto a la pandemia de COVID-19 las conclusiones de los estudios realizados postpandemia son similares a las tendencias de los últimos cinco años. Esto se puede corroborar en investigaciones como la de Yeung et al., (2021) que utilizando

¹ La CIE-11 ya considera el trastorno de adicción a los videojuegos e internet

una muestra de más de 40000 estudiantes universitarios en Estados Unidos llegaron a la conclusión de que la depresión y la ansiedad son los trastornos más prevalentes en los alumnos, incrementando los resultados en los estudiantes de intercambio e internacionales.

Dichas investigaciones nos permiten concluir que los trastornos más prevalentes en torno a la población universitaria son la depresión y los trastornos de ansiedad (siendo el trastorno de ansiedad generalizada el más reportado). Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo será el desarrollo de un programa de prevención de dichos trastornos en población universitaria. Sin embargo, este trabajo abordará las dos problemáticas de manera conjunta a través de un planteamiento transdiagnóstico (Barlow et al., 2011). En este sentido, se hace necesario una revisión profunda de cada trastorno por separado, así como el análisis de factores de riesgo comunes que puedan ser objeto de intervención.

4.2. Depresión

4.2.1. Concepto y criterios diagnósticos

El DSM-5² (APA,2013) define a la depresión como un trastorno que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido durante gran parte del día, disminución del interés o placer ante las actividades diarias (anhedonia), disminución o aumento del peso corporal o apetito, insomnio o hipersomnias, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos cotidianos de culpa e inutilidad, dificultades para concentrarse o pensamientos e ideas relacionados con la muerte o suicidio (estos

² DSM-5 son las siglas correspondientes a “ Diagnostic and stadistical manual of mental disorders” edición número 5 , manual que es utilizado para el diagnóstico de trastornos psicológicos.

síntomas no pueden ser atribuibles a los efectos fisiológicos de medicamentos, sustancias o enfermedades).³

Para que se pueda diagnosticar este trastorno el DSM-5 aclara que se deben presentar al menos cinco de los síntomas anteriormente mencionados durante al menos dos semanas, incluyendo necesariamente el estado de ánimo reprimido o la pérdida de interés para poder realizar un diagnóstico.

Así mismo, es importante conocer que la depresión es el trastorno más prevalente en la sociedad según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS,2020), representando uno de los mayores problemas a nivel social pues incapacita a la persona y le genera un gran sufrimiento, influyendo así negativamente en sus relaciones más cercanas como la familia, amigos o incluso trabajo (Caballo et al.,2018).

Por otro lado, parece haber una opinión unánime respecto a la comorbilidad de la depresión con trastornos de ansiedad, trastornos disociales, trastornos de abuso de sustancias, trastornos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria (Bermudez,2017; Caballo et al.,2018; Rodríguez y Mesa, 2011). Además, es considerada un factor de riesgo para el desarrollo de otros trastornos, en su mayoría de ansiedad y de abuso de sustancias (Steffen el.,2020; Rodríguez y Mesa,2011).

4.2.2. Modelos explicativos

Los trastornos del ánimo, y en concreto la depresión han sido explicados desde diferentes teorías⁴ a lo largo de las últimas décadas, por ello a continuación se presentan los diferentes paradigmas de una manera breve para poder comprender con más claridad qué aspectos del trastorno pueden ser tratados en el protocolo de prevención (pensamientos negativos, baja autoestima, ausencia de reforzadores, etc.).

³ La sintomatología de la depresión es principalmente afectiva, acompañándose de síntomas cognitivos y fisiológicos.

En primer lugar, se debe mencionar que las primeras explicaciones etiológicas de la depresión fueron desde una perspectiva biológica, llegando a ser el paradigma en los primeros años. No obstante, en este trabajo no se profundizará en ellas debido a que el protocolo de prevención actuará sobre aspectos y procesos psicológicos.

Respecto a las teorías que explican la depresión desde un punto de vista psicógeno, se encuentran una amplia variedad de modelos. Una de las teorías que más acogida ha tenido en la comunidad científica fue la teoría del procesamiento de la información de Beck (1987), donde se hace alusión a los errores/sesgos cognitivos y esquemas disfuncionales depresógenos adquiridos por el individuo y que originan que interprete la realidad de una manera sesgada y negativa. En este sentido, la teoría de Beck hace referencia a la consideración negativa del entorno, la devaluación de sí mismo y la desesperanza hacia el futuro (también llamado Triada cognitiva) como los causantes de que el sujeto pueda desarrollar un estado depresivo. En líneas similares explicaba Teasdale (1988) con la teoría de la activación diferencial la depresión, donde se realizaba una interpretación del suceso como aversivo e incontrolable (apoyándose en la memoria y los patrones cognitivos).

Otras teorías a destacar son el modelo de autocontrol de Rehm (1977) donde nuevamente se mencionan los sesgos, las atribuciones erróneas y el poco refuerzo, la teoría de indefensión aprendida basada en la expectativa de incontrolabilidad (Seligman,1975) y la teoría del apego de Bolwby (1983) en la que explica el posible desarrollo de un trastorno depresivo basándose en una excesiva dependencia a los demás (depresión anaclítica) o por un elevado nivel de autocrítica (depresión introyectiva).Por último, hacer mención a la ausencia de refuerzo positivo (basado en los principios conductuales) y la teoría de la autofocalización de Lewinsohn (1975;1985). No obstante, estas teorías de corte cognitivo hacen alusión a cuatro conceptos clave que poseen los sujetos depresivos: baja autoeficacia, rumiaciones, baja autoestima y ausencia de optimismo hacia situaciones futuras.

Es importante recalcar que los factores que desarrollan un trastorno depresivo pueden ser diversos y complementarios, por lo que sería reduccionista asumir que se deben a un solo factor etiológico. Es decir, este trastorno se puede desarrollar por diferentes vías (ya sean de carácter orgánico o psicógeno) siendo estas complementarias, por lo que es esencial basarse en un modelo “diátesis-estrés” donde ambas tipologías tienen cabida. En este sentido están surgiendo modelos en la actualidad que combinan los diferentes elementos citados con anterioridad, enfocándolos desde una perspectiva integradora donde las experiencias, las vulnerabilidades psicológicas y biológicas, la sensibilización del estrés, los defectos de neurotransmisión o la falta de refuerzos positivos son tenidos en cuenta como factores que influyen en el desarrollo de la psicopatología (Sanz y García-Vera,2016).

4.2.3. Factores de riesgo

El desarrollo de la depresión puede deberse a diferentes causas asociadas entre sí (recibiendo el nombre de factores de riesgo), teniendo una funcionalidad de predisponentes, mantenedores o desencadenantes del trastorno. Estos factores pueden ser de origen biológico, familiar, social o psicológico, no obstante, se profundizará en los que puedan ser trabajados en el programa de prevención. Aquellos que pueden ser modificables son los de carácter social (como por ejemplo ausencia de actividades placenteras o aislamiento social) y los de carácter psicológico (baja autoestima, rumiación, etc) por lo que la investigación se realizará teniendo en cuenta este tipo de factores.

Respecto a los factores psicológicos hallados que pueden ser tratados en el programa de prevención se encuentra que la rumiación es uno de los factores nucleares del

trastorno (Whisman et al.,2020). La rumiación⁵ es un proceso mental en el cual la persona se centra de manera repetitiva en los pensamientos sobre sus síntomas y sus posibles causas sin buscar soluciones, generando que el individuo pueda pasar horas “enganchado al pensamiento”(Nolen-Hoeksema et al., 2008; Topper et al.,2017). Del mismo modo, otro aspecto que se correlaciona con el desarrollo de la depresión es la desesperanza y preocupación que presentan los sujetos hacia los sucesos que van a acontecer en el futuro en los diferentes contextos de su vida (laboral, sentimental, interpersonal...etc) afectando significativamente en los pensamientos que experimenta (Anderson et al.,2021; Coryell et al., 2020; Lamis et al.,2016). En líneas colindantes a este último factor se encuentra que los sujetos presentan unos altos niveles de intolerancia y frustración ante los sucesos que pueden ocurrir (incertidumbre) por lo que diferentes autores destacan la importancia de trabajar este tipo de factores (Dar et al.,2017).

También los estudios destacan que las personas que sienten que no son apoyadas por su entorno presentan sentimientos de soledad, que junto con las atribuciones de carácter negativo que realizan sobre los acontecimientos son factores de gran relevancia en el desarrollo de la patología (Ma et al., 2020; Prtmuki et al.,2020; Torres et al.,2017).

Añadir además que, en los últimos años, se ha aumentado el trabajo con factores asociados al autoconcepto, ya que se ha visto que correlacionan con las personas que presentan un trastorno depresivo. En este sentido, destacan la baja autoestima presentada por el individuo, y la baja autoeficacia percibida por sí mismo ante los sucesos de su día a día (Borja-Delgado et al.,2019; Garaigordobil.,2017). Respecto a esto, se encuentra que los sujetos suelen tener un déficit en su repertorio de estrategias

⁵ Definición propuesta por Nolen-Hoeksema en 1998.

de afrontamiento y regulación emocional, así como bajas habilidades sociales y en solución de problemas, siendo por ende otros factores de riesgo en el desarrollo de la depresión (Jaureguizar et al.,2018; Knight et al.,2017; Pérez Díaz y Guerra, 2014).

Del mismo modo, se ha demostrado que ciertos rasgos de la personalidad como el perfeccionismo o incluso la rigidez cognitiva actúan como predisponentes y mantenedores de la patología (Torres et al.,2017). Por último, destacar respecto a los factores de índole psicológica que padecer otro trastorno psicológico (por ejemplo, padecer un trastorno de ansiedad) se relaciona con mayores probabilidades de desarrollar un trastorno depresivo que las personas que no afrontan una psicopatología (Caballo et al., 2018).

En última instancia, respecto a los factores de carácter social se ha reportado que las personas que no tienen un grupo de iguales con el que relacionarse, o bien presentan dificultades para establecer relaciones interpersonales, son más propensas a desarrollar un trastorno depresivo (Moeller y Seehuus,2019; Vázquez,2016). Del mismo modo, las personas que presentaban datos elevados de aislamiento y de ausencia de actividades placenteras eran más propensas a desarrollar el trastorno (Ge et al.,2017; Matthews et al.,2016; Santini et al.,2020). Como mención especial reseñar que en numerosos estudios recalcan el papel de la carrera universitaria seleccionada por los estudiantes como un factor a tener en cuenta, siendo las carreras de ciencias de la salud las que mayor porcentaje presentan (Cao et al.,2020; Sherif et al.,2021; Torres et al.,2017).

4.3. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

4.3.1. Concepto y criterios diagnósticos

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es uno de los problemas psicológicos más frecuentes en atención primaria (Caballo et al.,2018). Según la clasificación del DSM-5 (APA,2013), este trastorno se caracteriza por una ansiedad y preocupación excesiva (respecto a intensidad, duración y frecuencia) ante los posibles acontecimientos o situaciones presentes o futuras que se producen durante más días de los que han estado ausentes (durante al menos 6 meses). Además, dicha preocupación debe ser difícil de controlar por el individuo y se asocia a tres o más de los siguientes síntomas: inquietud o sensación de estar atrapado, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular o problemas de sueño. Por último, los síntomas de ansiedad, preocupación y físicos causan en el individuo un malestar clínicamente significativo, sin poder atribuir a ninguna sustancia (droga o medicamento) dicha sintomatología (APA, 2013; Caballo et al.,2018).

Del mismo modo, es importante conocer que el trastorno de ansiedad generalizada es uno de los trastornos de ansiedad más prevalentes en la sociedad según las cifras expuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS,2020), afectando de forma negativa en los diferentes entornos del individuo (Caballo et al.,2018). No obstante, aunque en la actualidad se considera al TAG como una entidad diagnóstica, los recientes hallazgos la sitúan como una dimensión transdiagnóstica, compartiendo características con trastornos emocionales tales como la preocupación y el afecto negativo (Marcus et al.,2014).

Por otro lado, parece haber una opinión unánime respecto a la comorbilidad del TAG con trastornos emocionales (sobre todo con la depresión) así como con otros trastornos

de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, o trastornos de abuso de sustancias (Caballo et al.,2018; Fernandez -Garcia.,2020; Rojo et al.,2014).

4.3.2. Modelos explicativos

Los trastornos de ansiedad, y en concreto el trastorno de ansiedad generalizada han sido explicados desde diferentes teorías lo largo de las últimas décadas, por ello a continuación se presentan los diferentes paradigmas de una manera breve para poder comprender con más claridad qué aspectos del trastorno pueden ser tratados en el protocolo de prevención (preocupación, intolerancia a la incertidumbre, etc).

En primer lugar, la teoría de la preocupación como evitación cognitiva de (Borkovec et al.,1998) refiere que cuando el sujeto experimenta una imagen mental de carácter negativo o catastrófico, desvía la atención hacia el contenido verbal de la preocupación con el fin de evitar dicho malestar (también a nivel psicofisiológico) produciendo que esa preocupación sea reforzada negativamente al disminuir la ansiedad del sujeto. Además, este modelo defiende que la preocupación ayuda al sujeto a evitar los contenidos con más relevancia emocional, prestando atención a las características más superficiales de la imagen o situación negativa.

Otro modelo que explica el trastorno de ansiedad generalizada es el modelo metacognitivo. Esta teoría se basa en la distinción de dos niveles de preocupación diferentes. El primer nivel de preocupación (tipo 1) hace referencia a las situaciones no cognitivas (como, por ejemplo, estar preocupado por los exámenes universitarios). En cambio, las preocupaciones tipo 2 recogen aquellas preocupaciones de carácter cognitivo sobre los propios procesos mentales, es decir, “preocuparse por preocuparse” (Wells,2006). Un ejemplo, de este modelo sería el siguiente: el sujeto se empieza a

preocupar por una situación “¿y si me despiden del trabajo?”, esto activa las creencias positivas sobre la preocupación (“si me preocupo estaré listo para la situación”) que funciona como una estrategia de afrontamiento. Esto genera que el sujeto active las preocupaciones de tipo 1, permitiéndole disminuir la ansiedad a corto plazo. De forma paralela, el sujeto mantiene las creencias negativas en torno a la propia preocupación, desencadenando las preocupaciones tipo 2 y ocasionando que el sujeto aumente su emocionalidad negativa y su falta de percepción de control sobre el pensamiento.

Por otro lado, el modelo de intolerancia a la incertidumbre (Dugas et al., 1998) defiende que las personas con TAG tienen baja tolerancia para experimentar las diferentes posibilidades de carácter negativo que puedan ocurrir en un futuro, interpretando dichas situaciones como amenazantes. En este sentido, además de relacionar la intolerancia a la incertidumbre con la preocupación en sí, también se defiende que se relaciona con otras tres variables. La primera de ellas reside en que el sujeto considera que la preocupación ayuda a solventar la situación (creencias positivas sobre la preocupación). En segundo lugar, el sujeto percibe los problemas de forma amenazante y no confía en sus capacidades para solucionarlo (orientación negativa hacia los problemas). En último lugar, la evitación cognitiva cumple un papel esencial dentro de este trastorno (al ser de carácter verbal evita las visualizaciones catastróficas y su correspondiente actividad psicósomática, reduciendo así la experiencia ansiosa).

En adición, otro modelo que intenta explicar el TAG es el modelo de déficit de regulación emocional. Aunque este paradigma acepta la teoría de la preocupación como evitación cognitiva, Mennin et al., (2002) destacan el déficit de regulación emocional en los sujetos con TAG como una de las principales causas de que el trastorno se desencadene. Para ello, expone que los individuos que desarrollan dicha patología se caracterizan por vivir las emociones intensamente, además de experimentar reacciones negativas ante estas, que junto a su incapacidad para comprenderlas y adaptarse a ellas generan el desarrollo

del trastorno. Es decir, el sujeto tiende a valorar las emociones de manera amenazante, ya que son incapaces de comprenderlas y manejarlas.

También se debe mencionar que existe un nuevo paradigma basado en la perspectiva cognitiva del procesamiento de la información que recoge que el sesgo atencional y el interpretativo son factores que actúan directamente en el desarrollo de estados ansiosos en el individuo. En este caso el sujeto tiende a prestar su atención hacia la información amenazante o negativa (sesgo atencional) y a interpretar sus vivencias de carácter ambiguo de forma amenazante (sesgo interpretativo) (MacLeod y Rutherford,2004).

No obstante, en los últimos años se han desarrollado modelos integradores como el propuesto por Ouellet et al (2019) donde interaccionan aspectos anteriormente citados como la intolerancia a la incertidumbre, las creencias positivas sobre la preocupación, la evitación cognitiva, la orientación negativa a los problemas y las limitadas estrategias de regulación emocional, que generan en el individuo una tendencia a preocuparse.

4.3.3. Factores de riesgo

Del mismo modo que en la depresión, se encuentran diferentes factores de riesgo que intervienen en el desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada. En este sentido, la literatura científica refleja la importancia de tres aspectos dada su relevancia en la proliferación de la patología. Es por ello, y como señalaban algunos modelos explicativos anteriores, que las personas que tienen una baja tolerancia a la incertidumbre (tendencia a sobreestimar la posibilidad de que ocurra un evento negativo que se considera amenazante) suelen ser más propensas a desarrollar un trastorno de ansiedad generalizada, teniendo además esta una función de predisponente y mantenedor (. (Araque Gómez et al.,2017 González et al,2013).

Así mismo, otro de los aspectos característicos del trastorno es la preocupación excesiva y patológica que presentan los sujetos ante los acontecimientos que pueden surgir en las diferentes áreas de su vida como pueden ser el área laboral, familiar, personal o social, aunque dicha preocupación tiende a relacionarse más con aquellas donde las capacidades y destrezas del individuo deben ser demostradas o pueden ser objeto de evaluación (por ejemplo, ante un examen, ante una entrevista de trabajo, conocer a una persona, relacionarse con grupos, etc),(Haseh et al.,2019; Plag et al.,2020; Zainal y Newman,2018). En adicción, la literatura científica tiende a presentar la rumiación (o procesos rumiativos) de manera conjunta con la preocupación dada su relación en el desarrollo y mantenimiento del trastorno. Esto se debe a que la rumiación se correlaciona directamente con las personas que desarrollan un trastorno de ansiedad generalizada, donde además de la preocupación e intolerancia hacia los sucesos que acontecen en la vida del individuo, este se centra en repetir los pensamientos que le generan malestar, afectando de manera negativa a su estado mental y por ende, a su vida cotidiana (Bredemier et al., 2020; Júnior et al., 2020; Hirsch et al.,2018).

Del mismo modo, también se ha concluido que los sujetos que desarrollan el trastorno de ansiedad generalizada manifiestan creencias y pensamientos negativos en torno a sí mismos, el mundo y las relaciones que pueden tener en los diferentes contextos, por lo que en su mayoría tienden a experimentar una baja percepción de autoeficacia ante los posibles sucesos que puedan presenciar (Arredondo et al., 2015; Navas y Vargas,2012; Padilla Pérez, 2018).

En torno a aspectos propios de la personalidad del individuo, numerosos autores recalcan la importancia del rasgo “ perfeccionismo” como uno de los factores que intervienen en el desarrollo y mantenimiento de la patología, destacando que las altas pretensiones en torno a la perfección de los individuos en sus diferentes contextos (

como por ejemplo, en la ejecución de tareas, relaciones interpersonales, laborales, etc) correlacionan positivamente con el trastorno (Araque Gómez et al.,2017;González et al,2013;Tyler et al.,2021) .

Otras características encontradas en las personas con esta patología es que presentan un déficit de estrategias de afrontamiento y de solución de problemas ante las circunstancias que les ocurren en su día a día, así como en las estrategias para poderse regular emocionalmente, por lo que los autores inciden en la importancia de trabajar en estos factores (Araque Gómez et al., 2017; Arredondo et al.,2015). Además de esto, algunos estudios también destacan la relevancia del apoyo social percibido como otra de las causas que operan en el trastorno, desencadenando en el individuo sentimientos de angustia y soledad (Ma et al., 2020; Pratmuki et al.,2020; Torres et al.,2017).

Por último, como mención especial reseñar que en cuantiosos estudios recalcan el papel de la carrera universitaria seleccionada por los estudiantes como un factor a tener en cuenta, siendo las carreras de ciencias de la salud las que mayor porcentaje presentan (Cao et al.,2020; Sherif et al.,2021; Torres et al.,2017).

5. Perspectiva y factores transdiagnósticos encontrados.

Tras la realización de una búsqueda individual de los factores etiológicos y mantenedores de carácter cognitivo involucrados en los trastornos de depresión y ansiedad generalizada (las patologías psicológicas más prevalentes dentro de la población universitaria) se ha podido vislumbrar cuales son comunes a ambas patologías. Por ende, en el programa de prevención se trabajarán los siguientes aspectos: baja percepción de autoeficacia, creencias/pensamientos negativos,

rumiación, preocupación excesiva, perfeccionismo, intolerancia a la incertidumbre y frustración, déficit de estrategias de afrontamiento y de solución de problemas y déficit de estrategias de regulación emocional.

En este sentido, para poder abordar estos aspectos en el programa es necesario trabajar bajo una perspectiva transdiagnóstica. El enfoque transdiagnóstico surge a raíz de la publicación de Fairburn et al., (2003) donde el equipo concluyó que algunos trastornos de alimentación evolucionaban a otros, compartiendo ciertos procesos genéricos (como baja autoestima o perfeccionismo, por ejemplo). A raíz de estos datos, Fairburn y sus colaboradores pudieron dilucidar que numerosas psicopatologías compartían síntomas y factores comunes como, por ejemplo, ciertos trastornos de ansiedad con la depresión mayor (Sandín et al.,2012). Es por ello, que en el tratamiento transdiagnóstico se focaliza en los procesos cognitivos compartidos por los diferentes tipos de trastornos psicológicos, trabajando en ellos desde una perspectiva holística e integrativa.

Del mismo modo, es de relevancia para la investigación conocer que numerosos grupos de investigación han aplicado la terapia cognitivo conductual transdiagnóstica (en algunos casos de manera grupal) en trastornos de depresión y ansiedad, y trabajando sobre los aspectos comunes tales como el afecto negativo, la tolerancia a la incertidumbre o el déficit de regulación emocional han obtenido resultados satisfactorios (Barlow et al.,2011; Norton,2012).

En este sentido, la comunidad científica ha llegado a la conclusión al realizar estudios durante los últimos años de que los trastornos de ansiedad y depresión comparten factores etiológicos y mantenedores comunes, además de responder positivamente a tratamientos similares (Ehrenreich-May et al.,2012). Debido a esto, a lo largo de los años, las investigaciones realizadas bajo la perspectiva transdiagnóstica han recopilado

que la rumiación, preocupación y supresión emocional o la evitación (también llamadas estrategias de regulación emocional desadaptativas) (Aldao,2012; Ferrer et al.,2018; Pineda,2018), la intolerancia a la incertidumbre (Carleton, et al.,2012; Pineda,2018), el pensamiento negativo y el perfeccionismo(Egan et al.,2012; González et al.,2013), son los factores comunes que ambas tipologías de trastorno comparten. Si se comparan estos factores recopilados en las investigaciones transdiagnósticas con los factores obtenidos en este estudio de manera individual, se puede observar que ambos coinciden, por lo que finalmente estos aspectos troncales serán abordados en el programa de prevención.

6. Debilidades de los programas de intervención anteriores

Tras la realización de la búsqueda de programas de prevención de carácter transdiagnóstico en población universitaria, se ha podido dilucidar que en la actualidad la mayoría de programas desarrollados tienen como finalidad intervenir y paliar los síntomas ansiosos y depresivos que presentan los individuos afectados por los diferentes trastornos emocionales, obviando el aspecto preventivo como una de las soluciones al aumento de dichas patologías en jóvenes universitarios.

Por esta razón, del total de los 9 programas recopilados que trabajaban la sintomatología ansioso-depresiva desde una perspectiva transdiagnóstica, solo uno de ellos, el realizado por Burke et al., (2019) era de carácter preventivo y aplicado a la población universitaria, mientras que el resto eran programas de intervención aplicados a la población infantil y adolescente en su mayoría (los cuales constan de una gran eficacia post intervención).

No obstante, estos estudios presentan ciertas limitaciones que deben ser subsanadas en los programas generados a posteriori. En primer lugar, el número de sesiones es muy reducido para poder generar cambios significativos en los estudiantes, siendo

necesario ampliarlo. En segundo lugar, el programa debe ser aplicado a todos los alumnos antes de que muestren la sintomatología ansioso-depresiva. Y, por último, el programa debe estar respaldado por dinámicas basadas en técnicas y procedimientos constatados y avalados por la comunidad científica (en este sentido, en el programa preventivo recopilado los dos primeros puntos no se cumplen, pudiendo ser mejorados en un nuevo programa).

En resumen, dada la escasez de programas de prevención creados para población universitaria (siendo una de las poblaciones con mayor prevalencia de sintomatología ansioso-depresiva en la sociedad) y las limitaciones que muestran los programas citados en este apartado (sobre todo las expuestas en el programa preventivo) es necesario realizar un programa de prevención que sea aplicable en cualquier universidad, (a todos los alumnos independientemente de si han comunicado o no síntomas ansioso-depresivos) y que este respaldado por el uso de técnicas y procedimientos avalados por la comunidad científica, lo que ayudará a potenciar su eficacia y validez .

Por último, se expone a continuación una tabla que muestra los 9 programas de carácter transdiagnóstico que han sido aplicados en los últimos cinco años, donde se describe la información relevante en torno a sesiones realizadas, objetivos, resultados y limitaciones:

Tabla 1*Programas transdiagnósticos existentes.*

Autores	Nombre Programa	Objetivos	Sesiones	Muestra	Resultados	Limitaciones
Fernández et al., (2019)	“Super skills for life”	Disminuir sintomatología ansiosa y depresiva.	8 sesiones semanales.	N:119. Edad: 6-12	Reducción de síntomas ansiosos y depresivos y mejoría de la competencia social.	No disponible.
Martinsen et al., (2019)	EMOTION Programme	Prevención sintomatología ansiosa y depresiva.	No reflejado.	N:1686. Edad 8-12.	Reducción de síntomas depresivos y ansiosos.	Solo aplicable a niños y adolescentes.
Burke et al., (2020)	Prevention Program for At-	Detectar y prevenir	4 sesiones.	N: 63	Reducción de síntomas (depresivos, ansiosos y psicóticos).	Pocas sesiones. Destinado a un porcentaje de estudiantes.

	Risk College Students	síntomas psicopatológicos.			Mejora de las capacidades de resiliencia. Mejoría en funcionamiento social.	Validación Causalidad de los cambios en la disminución de los síntomas.
Sandín et al., (2020)	UP-A	Reducir sintomatología depresiva y ansiosa.	No especifica.	N:12	Reducción de los síntomas de los diferentes trastornos emocionales.	Número de sesiones. Mejora de acceso al tratamiento. Muestra reducida.
Mira et al., (2016)	Smiling is Fun program	Mejorar el afecto positivo y reducir la proliferación de los síntomas ansioso- depresivos.	No especifica.	N: 60 Edad:18-65	Mejora del afecto positivo y reducción de la sintomatología ansioso-depresiva.	Selección de la muestra. Aplicabilidad.

Batterham et al., (2019)	FitMindKit program	Reducción de sintomatología ansiosa y depresiva e ideación suicida.	12 sesiones.	Edad: A partir de 18 años	Reducción de los síntomas depresivos y ansiógenos.	Criterios de selección.
Tulbure et al., (2018)	A Web-Based Transdiagnostic program	Eficacia del programa respecto a la reducción de sintomatología ansioso-depresiva.	10 semanas.	N= 105	Ligera mejoría de la sintomatología.	Muestra reducida. Aplicabilidad.
García-Escalera et al., (2020)	Programa de prevención de ansiedad y	Reducción de la sintomatología ansioso-depresiva y	9 sesiones semanales.	N=151	Mejora en el ámbito académico y reducción de los síntomas ansioso-depresivos.	Criterios de selección. Medición de variables. Aplicabilidad a otras muestras poblacionales.

depresión en
adolescentes.

potenciación de
variables
asociadas al
bienestar.

Back2School program	Mejorar el comportamiento de y estado emocional (ansiedad y depresión) de los estudiantes.	10 sesiones.	N=19	Incremento de la atención, autoeficacia y participación de los estudiantes y disminución de la sintomatología ansioso- depresiva.	Aplicabilidad a niños y adolescentes. Necesidad de un staff amplio de psicólogos.
------------------------	--	--------------	------	---	--

Nota: Elaboración propia

7. Metodología de investigación

7.1. Estrategia de búsqueda

Para realizar el marco teórico del presente trabajo se ha realizado una búsqueda de información en las diferentes bases de datos (Web of Science, *Psicodoc*, *Scielo*, *Publmed*, *Google Académico*, *PsycInfo* y *Dialnet*). Las búsquedas realizadas han sido las siguientes: depresión AND (universitarios OR universidad), depresión AND (etiología OR modelos explicativos), depresión AND (prevalencia OR epidemiología), depresión AND factores de riesgo, depresión AND comorbilidad, depresión and definición , depresión AND (transdiagnóstico OR enfoque transdiagnóstico), depresión AND (trastorno de ansiedad OR trastorno de ansiedad generalizada), depresión AND trastorno de ansiedad generalizada AND transdiagnóstico, prevalencia AND psicopatología AND universitarios , trastorno ansiedad generalizada AND (universitarios OR universidad), trastorno ansiedad generalizada AND (etiología OR modelos explicativos), trastorno ansiedad generalizada AND (prevalencia OR epidemiología), trastorno ansiedad generalizada AND factores de riesgo, trastorno ansiedad generalizada AND comorbilidad, trastorno ansiedad generalizada AND definición , trastorno ansiedad generalizada AND (transdiagnóstico OR enfoque transdiagnóstico), trastorno ansiedad generalizada AND depresión. En estas búsquedas se filtró por año, recabando la información publicada entre enero de 2012 a diciembre de 2021 y por idioma, tanto en español como inglés.

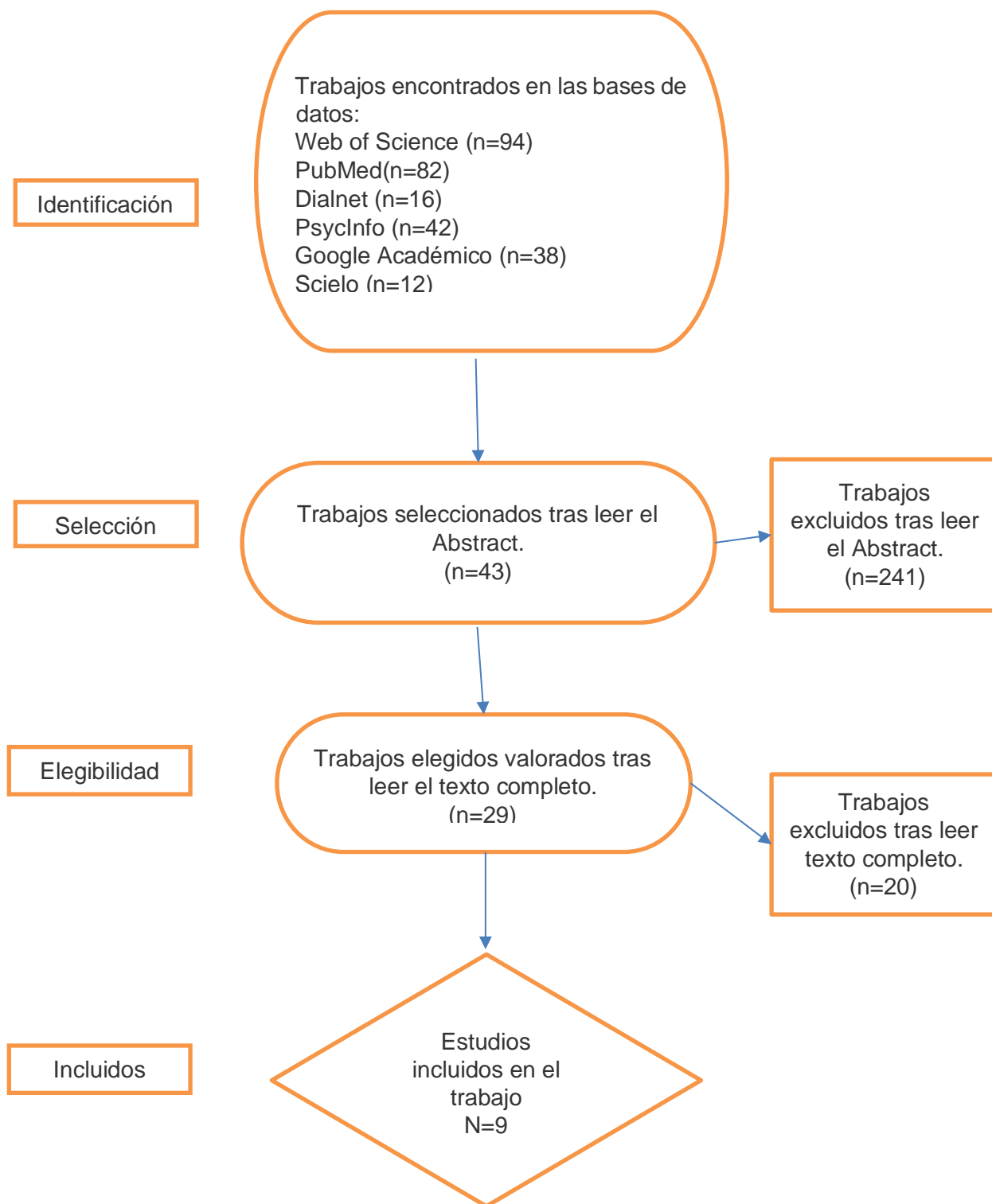
Del mismo modo, para la revisión de los programas se han realizado las búsquedas en Web of Science, Scielo, Publmed, Google Académico, PsycInfo, y Dialnet. Las palabras claves empleadas en Web of Science han sido (prevention OR Intervention) AND program AND transdiagnostic (al tratarse de un buscador en inglés). En Scielo las palabras clave han sido programa AND (intervención OR prevención) AND transdiagnóstico. En Dialnet y Google Académico se emplearon programa AND

(intervención OR prevención) AND transdiagnóstico AND universitarios. Por último, en los buscadores Pubmed y PsycInfo las palabras empleadas fueron (prevention OR Intervention) AND program AND transdiagnostic. Estas búsquedas fueron filtradas nuevamente por año, desde enero de 2016 a diciembre de 2021 y por idioma, tanto español como inglés.

A continuación, se expone un diagrama de flujo del proceso realizado en la revisión bibliográfica de los programas transdiagnósticos encontrados.

Figura 1

Diagrama de flujo.



8.Propuesta de intervención

8.1. Presentación de la propuesta

La presente propuesta de intervención consiste en un programa de prevención enfocado a la población universitaria, de carácter grupal, con el objetivo de reducir el riesgo a padecer aquellos trastornos con más prevalencia en la población universitaria (depresión y trastorno de ansiedad generalizada). Para ello, y desde una perspectiva transdiagnóstica, se abordarán los factores de riesgo comunes de dichos trastornos encontrados tales como la rumiación, las creencias y pensamientos negativos, la preocupación, el perfeccionismo, la baja percepción de autoeficacia, la intolerancia a la incertidumbre y frustración y el déficit de estrategias de afrontamiento y de solución de problemas).

8.2. Objetivos de la propuesta

Los objetivos concretos del programa de prevención son los siguientes:

- Reducir las creencias negativas.
- Aumentar la percepción de autoeficacia.
- Desarrollar la aceptación a la incertidumbre.
- Potenciar los aspectos positivos y autoestima del participante.
- Enseñar estrategias de afrontamiento y de solución de problemas.
- Reducir los rasgos perfeccionistas.
- Proporcionar recursos al participante para reducir las rumiaciones y preocupaciones.
- Enseñar estrategias de regulación emocional.

8.3. Contexto de aplicación

El programa de prevención ha sido diseñado para ser aplicado en cualquier universidad del mundo independientemente de la carrera o grado universitario que el estudiante este cursando. Del mismo modo, es un requisito indispensable que esta herramienta sea

suministrada en el primer año académico, pues como se ha visto en los datos de prevalencia, la mayoría de los trastornos se desarrollan tras el primer año estudiantil.

Cada sesión durará entre 45 y 55 minutos.

8.4. Metodología y recursos.

8.4.1. Participantes e instrumentos

El programa de prevención ha sido diseñado para jóvenes universitarios de edades comprendidas entre 18 y 35 años.

Para poder ser incluidos como participantes deben acreditar ser estudiantes universitarios y tener una edad comprendida en el rango estipulado, siendo excluidos todos aquellos que no cumplan estos requisitos.

Otro requisito indispensable será que el estudiante realice dos pruebas psicométricas de evaluación para poder constatar la eficacia del programa post intervención. Las pruebas seleccionadas medirán el estado psicológico actual del participante en cuanto a sintomatología depresiva y ansiosa. Para ello, realizarán el Inventario de depresión de Beck⁶ (*Beck Depression Inventory, BDI II*) debido a que es la prueba psicométrica más utilizada a nivel mundial para ayudar a los profesionales a conocer si el individuo presenta un estado depresivo y la gravedad del mismo, siendo aplicable a la mayoría de la población y constando de 21 ítems (por lo que no se requiere mucho tiempo). Después realizarán la escala breve GAD-7 (Spitzer et al., 2006) para poder valorar los aspectos propios del TAG (preocupación, miedo, nerviosismo, etc).

También se suelen emplear los autorregistros y los autoinformes, pero como ya se ha mencionado con anterioridad para dotar de fiabilidad y validez al programa se utilizarán los dos test mencionados, ya que son avalados por la comunidad científica.

⁶ Ha sido adaptado en versión española por Sanz y Vázquez (2011)

En los casos excepcionales donde los resultados obtenidos en las pruebas señalen altos niveles de sintomatología patológica, el psicólogo puede ponerse en contacto con el personal responsable de la universidad para tomar medidas de prevención y ayuda al estudiante.

8.4.2. Organización y actividades

En primer lugar, el programa debe ser aceptado por cada universidad de forma individual, teniendo así el permiso para ser impartido. Posteriormente, será necesario que todos los participantes den su consentimiento informado antes de inscribirse en el programa que se llevará a cabo tras la finalización de clases lectivas.

Este proyecto será impartido durante tres meses consecutivos, siendo distribuido en 12 sesiones de 45-55 minutos en las que se realizarán un total de 24 actividades. El programa se impartirá en grupo y cada uno de ellos estará formado por un máximo de 30 estudiantes simultáneamente con el fin de que las dinámicas y el tiempo destinado sea adecuado, aunque este supuesto puede ser modificado por el psicólogo responsable del programa si así lo considera pertinente (no obstante, es requisito indispensable que este programa sea impartido por un profesional de la psicología).

Los aspectos a trabajar serán divididos en cuatro secciones: sección cognitiva, sección de regulación emocional, sección de habilidades y sección de potenciación.

En cuanto a los materiales que se requerirán para poder realizar la propuesta tenemos: una pizarra digital con conexión a internet y un aula o espacio destinado a hacer la actividad de manera privada. En cuanto a los participantes, deben disponer de un cuaderno y bolígrafos de diferentes colores.

8.5. Tareas/Sesiones

Sesión 1: Introducción.

Objetivos: Presentar los aspectos del programa, objetivos, normas y su funcionamiento. Realización de pruebas psicométricas (BDI-II, GAD-7) para evaluar los cambios en los estudiantes al finalizar el programa y la eficacia de este (recogida pre/post). Conocer la percepción del problema, soluciones y metas que considera cada participante.

Descripción de actividades: La sesión comienza presentando las normas y los objetivos del programa de prevención (15 minutos).

Objetivos del programa:

- Proporcionar recursos al participante para reducir las rumiaciones y preocupaciones.
- Reducir las creencias negativas.
- Reducir los rasgos perfeccionistas.
- Desarrollar la aceptación a la incertidumbre.
- Enseñar estrategias de afrontamiento y de solución de problemas.
- Aumentar la percepción de autoeficacia.
- Potenciar los aspectos positivos y autoestima del participante.

Normas del programa:

- Respetar a los compañeros, tanto su opinión como su sentir al realizar actividades.
- Confidencialidad respecto a lo hablado en las sesiones.
- No juzgar.
- Actitud participativa.
- Realización de las tareas para casa.
- Acudir a todas las sesiones puntualmente.

Posteriormente se les solicita a los participantes que realicen los dos test (BDI-II y GAD-7) para poder evaluar los cambios en los estudiantes al finalizar el programa y la eficacia de este (25 minutos).

Por último, los participantes deben escribir en un papel de forma anónima cuáles son los aspectos que les generan malestar psicológico, como creen que podrían solucionarlo y qué metas desean alcanzar al finalizar las 12 sesiones (15 minutos).

Materiales:

Pizarra digital (Presentación).

Instrumentos estandarizados de medida (BDI-II y GAD-7).

Bolígrafos.

Folios/ Cuaderno personal.

Sesión 2: Como pienso y veo el mundo.

Objetivos: Identificar los pensamientos y supuestos negativos o distorsionados.

Cuestionamiento de esos pensamientos y sustitución por otros.

Psicoeducación modelo A-B-C.

Justificación teórica: Según la propuesta realizada por Beck (1987), para poder reducir y cambiar las creencias y pensamientos negativos o distorsionados del individuo es esencial que identifique dichos pensamientos en primer lugar, para posteriormente poderlos cuestionar con el fin de sustituirlos con otros. A su vez, y como defendía el psicoterapeuta Albert Ellis en su terapia racional emotiva, es necesario enseñar al individuo cómo está procesando la información (en función de sus propias creencias) y cómo actúa ante dicha situación como pilar fundamental para iniciar el cambio (Ellis,1991).

Descripción de actividades: Al comenzar la sesión se les pide a los participantes que apunten las situaciones y pensamientos que les generen malestar en su día a día, después los introducirán de forma anónima en un saco proporcionado por el responsable. (10 minutos).

Posteriormente se explica el modelo A-B-C a los integrantes (situación- cogniciones- emociones y conductas) para que puedan entender la influencia de cada parte del sistema (15 minutos).

Después se ponen por parejas, cogen un papel del saco inicial (cada participante) y hacen la técnica del punto-contrapunto (uno defiende el pensamiento mientras que el otro lo refuta, luego los roles se invierten con el otro pensamiento seleccionado) (15 minutos). Por último, se realiza la temática en grupo donde salen dos voluntarios a realizar el ejercicio de nuevo, la pareja defiende un pensamiento y el resto de compañeros lo refutan (10 minutos).

Tarea para casa: Realizar el ejercicio de la sesión con sus propios pensamientos.

Materiales:

Pizarra digital (Presentación).

Bolígrafos.

Folios/ Cuaderno personal.

Sesión 3: El diálogo con nosotros.

Objetivos: Realizar una reestructuración cognitiva individualmente.

Psicoeducación sobre rumiación y preocupación.

Debate y reestructuración sobre la preocupación y rumiación.

Justificación teórica: Una de las técnicas fundamentales utilizadas en los diferentes modelos explicativos dada su eficacia para reducir o paliar supuestos y creencias es la reestructuración cognitiva (Beck, 1987; Rehm, 1977). Por otro lado, para realizar dicha reestructuración es primordial que los individuos conozcan los conceptos de la rumiación y preocupación y su función en el procesamiento de la información (y en el desarrollo de psicopatologías) (Wells.,2006; Whisman et al.,2020).

Descripción de actividades: En esta sesión se comienza con la tarea realizada en casa, comentando como se han sentido, si han podido avanzar, etc. Posteriormente se

les pide a los participantes que realicen la siguiente ficha llamada “hablando con Descartes” con cada uno de los pensamientos que le generan malestar. En ella se encuentran los siguientes puntos (20 minutos):

- ¿En qué medida es cierto?
- ¿Cuánto crees este pensamiento?
- Realiza un listado de pruebas a favor y en contra.
- Describe las consecuencias del pensamiento.
- ¿Del 1 al 10 cuánto malestar te genera este pensamiento y como de útil es?
- ¿Qué otras alternativas hemos encontrado? ¿Cuánto crees en ellas?

En la segunda mitad de la sesión se explica brevemente cuales son los conceptos de rumiación y preocupación y se pide que debatan en grupos de 3-4 personas respecto a las siguientes cuestiones (25 min):

- ¿Qué función tiene preocuparse?
- ¿Qué utilidad tiene preocuparse?
- ¿Es la preocupación buena o mala?
- ¿En qué momentos me siento preocupado?
- ¿Rumiamos lo positivo o lo negativo? ¿Por qué?
- ¿Qué función tiene la rumiación?
- ¿Qué alternativas podríamos tener a la rumiación?
- ¿Se rumia durante toda la vida o se puede “desaprender”?

Los últimos cinco minutos de sesión se explica la tarea para casa, la cual consiste en el tiempo basura (tienen que programar 10 minutos de su día para destinarlo solo a rumiar hasta la siguiente sesión).

Tarea para casa: Tiempo basura (10 minutos) durante la semana.

Materiales:

Pizarra digital (Presentación).

Bolígrafos.

Folios/ Cuaderno personal.

Sesión 4: ¿Es Bill Gates perfecto?

Objetivos: Trabajar los rasgos perfeccionistas a través de la reestructuración cognitiva.

Elaboración de un diario de fortalezas y logros para fomentar la percepción de autoeficacia y autoestima.

Justificación teórica: Nuevamente, los principales autores de las teorías explicativas han recurrido a la reestructuración cognitiva como un método eficaz para rebatir las ideas y pensamientos perfeccionistas de los individuos (Beck, 1987; Caballo, 2018). Posteriormente en la segunda parte de la sesión, para fomentar la percepción de autoeficacia y autoestima, la Psicología Positiva propone la elaboración de una dinámica en la que el individuo exponga sus fortalezas y logros, en este caso un diario (Park y Peterson, 2009).

Descripción de actividades: La sesión comienza con la pregunta: ¿Somos por norma general perfeccionistas? A continuación, se realiza un pequeño debate. Posteriormente se les pide que se dividan en grupos de 3-4 y que cada uno exponga un pensamiento o rasgo perfeccionista. El objetivo es que el resto de los compañeros tienen que defender la idea, por ejemplo (en el examen de mañana tengo que sacar un 10) y el autor tiene que rebatir porqué esa situación puede ser idílica o poco probable (20 minutos).

Seguidamente, de manera individual deben plasmar el pensamiento perfeccionista en un papel y escribir qué metas se deben plantear para llegar a la realización de la idea, para después valorar si esas metas son posibles, o irrealistas (10 minutos),

En el ecuador de la sesión se elabora un diario de fortalezas y logros que cada uno debe cumplimentar individualmente (20 minutos). Véase en el Anexo 1.

Tarea para casa: Seguir completando el diario de fortalezas.

Materiales: Pizarra digital (Presentación).

Bolígrafos.

Folios/ Cuaderno personal.

Sesión 5: Agentes activos.

Objetivos: Trabajar los significados de los pensamientos e identificar la función de la rumiación y preocupación.

Enseñar a los participantes el procedimiento de solución de problemas.

Justificación teórica: La técnica de la flecha descendente es un método eficaz utilizado para que el participante consiga encontrar el significado de los pensamientos y procesos que está realizando (Bados y García Grau, 2010). Por otra parte, otro aspecto que muestran las personas con depresión y TAG es su incapacidad de solucionar y afrontar los problemas, por lo que enseñar a los participantes el procedimiento basado en el propuesto por D'Zurilla y Goldfried (1971) ayudará a prevenir el desarrollo de las psicopatologías.

Descripción de actividades: La sesión comienza explicando la técnica de la flecha descendente, para posteriormente solicitar a los participantes que la ejecuten con cinco pensamientos propios y ante los procesos de rumiación y preocupación (20 minutos).

Algunas preguntas pueden ser:

- ¿Cuál es el significado del pensamiento?
- ¿Qué te dice del mundo y de su funcionamiento?
- ¿Qué función está teniendo la rumiación de dicho pensamiento?
- ¿Qué función está teniendo la preocupación? ¿qué pasaría si...?
- ¿Si fuese cierto qué problema habría?

En el ecuador de la sesión se explica a los participantes como realizar el procedimiento de resolución de problemas. Después, se pide al grupo que mencionen tres problemas

que puedan ser ejemplificados con la técnica de solución de problemas explicada y por parejas deberán resolverlos (30 minutos). El proceso de solución de problemas será explicado de la siguiente forma:

- 1- Orientación hacia el problema: Conceptualizar el problema como un reto u oportunidad, valorando las causas, tiempo y esfuerzo para resolverlo.
- 2- Definición y formulación del problema: Definir el problema en términos objetivos y solucionables, comprendiendo el conflicto, estableciendo metas realistas y revalorando el problema en el momento actual.
- 3- Propuesta de alternativas: Comparar las consecuencias positivas y negativas de cada opción y preparar un plan de acción.
- 4- Llevar a la práctica y comprobación de resultados: Evaluación de los resultados tras realizar el plan, reforzando si los resultados son satisfactorios o trazando un nuevo análisis del proceso ante resultados no satisfactorios.

Tarea para casa: Aplicar el procedimiento de solución de problemas a dos cuestiones/conflictos propios resolubles.

Materiales: Pizarra digital (Presentación).

Bolígrafos.

Folios/ Cuaderno personal.

Sesión 6: En el término medio está la virtud.

Objetivos: Psicoeducación emocional y entrenamiento en habilidades emocionales para los participantes.

Elaboración de la dinámica “listado de momentos felices” para promover el bienestar en el individuo.

Justificación teórica: La psicoeducación emocional es el pilar fundamental para que el individuo pueda regularse emocionalmente ante las situaciones que le ocurren. Por ello, se propondrá la dinámica “el etiquetado emocional” expuesta por Hervás y Moral (2017). En el ecuador de la sesión, para fomentar el bienestar de los participantes se propone la dinámica “listado de momentos felices” propuesta por Burton y King (2004) citado en Vázquez y Hervás (2009) que ha demostrado su eficacia en el aumento de emociones positivas en el sujeto.

Descripción de actividades: La sesión comienza con la dinámica de “etiquetado emocional” donde por grupos de 4 personas deberán describir las emociones que pueden sentir ante las siguientes situaciones concretas (20 minutos):

-Vas a un bar y el camarero te mira de arriba debajo de forma despectiva. ¿Cómo te sientes?

-Comienzas el curso y nadie de clase te dirige la palabra, aunque has intentado comunicarte con ellos.

- Estas con tu grupo de amigos y ves que uno de ellos cambia la cara cada vez que hablas.

-Consigues un objetivo importante para ti y al comentarlo con la familia no recibes las respuestas que consideras oportunas.

-Llegas a casa y te encuentras agotado porque todo lo que has hecho en el día te ha salido mal.

Seguidamente, en el ecuador de la sesión deben elaborar de manera individual un listado con los momentos más felices que hayan vivido, escribiendo las emociones asociadas con la vivencia de manera detallada (25 minutos).

Tarea para casa: Realizar el etiquetado emocional con tres situaciones vividas.

Materiales: Pizarra digital (Presentación).

Bolígrafos.

Folios/ Cuaderno personal.

Sesión 7: Habilidad y emoción.

Objetivos: Enseñar la técnica de autoinstrucciones como una habilidad de afrontamiento aplicable.

Promover un cambio en el juicio de las emociones.

Justificación teórica: La literatura científica defiende la eficacia de la técnica de autoinstrucciones de Meichenbaum y Goodman (1971) como una habilidad para afrontar ciertas situaciones. A su vez, Leahy et al., (2011) propone un autoregistro con el fin de promover un cambio en el juicio negativo de las emociones por parte del participante.

Descripción de actividades: La sesión comienza explicando la técnica de autoinstrucciones y su función. En este caso será explicada a través de un ejemplo seleccionado por el psicólogo previamente. El proceso es el siguiente (20 minutos):

- Modelado cognitivo (el psicólogo define criterio, plan a seguir y pasos necesarios).
- Guía externa en voz alta.
- Autoinstrucciones en voz alta.
- Autoinstrucciones en voz baja.
- Autoinstrucciones enmascaradas (murmuradas).
- Autoinstrucciones encubiertas.

Al finalizar la actividad se realiza el autoregistro sobre los juicios de las emociones de manera personal. Cada participante tiene que hacer 10 juicios sobre emociones vividas. Posteriormente se realiza un pequeño debate grupal. A continuación, se expone un ejemplo (25 minutos):

Emoción juzgada	Juicio	Consecuencias del juicio
Tristeza	Soy débil. Soy un perdedor por sentir así	Vergüenza y rabia.

Tarea para casa: Aplicar la dinámica del juicio de las emociones durante la semana.

Materiales: Pizarra digital (Presentación).

Bolígrafos.

Folios/ Cuaderno personal.

Sesión 8: Aceptación y compasión.

Objetivos: Fomentar la aceptación a la incertidumbre de los pacientes a través de la visualización de posibles escenarios.

Elaboración de la dinámica “carta de autocompasión” para potenciar un dialogo interno positivo y solidario con el sentir del paciente.

Justificación teórica: En la literatura previa se ha podido conocer que ante la intolerancia a la incertidumbre del individuo, realizar ejercicios de visualización de situaciones futuras y las posibles consecuencias alternativas repercute positivamente en la aceptación de dicha incertidumbre (Caballo et al.,2018). Por otro lado, Leahy et al., (2011) presenta la “carta de compasión” como una dinámica que favorece el diálogo interno positivo potenciando así el bienestar del individuo.

Descripción de actividades: La sesión comienza explicando que es la intolerancia a la incertidumbre, para posteriormente solicitar a los participantes que escriban cinco situaciones que consideran que no son capaces de tolerar o que les genera malestar para después discutir si las inferencias futuras están siendo realistas o distorsionadas.

A continuación, se explica con un ejemplo (25 minutos):

- “Me genera miedo y ansiedad no saber la nota del examen que hice porque creo que voy a suspender”.

¿Qué otras posibilidades diferentes a suspender el examen pueden haber?

¿Qué funcionalidad tiene dicho pensamiento?

¿Qué emociones me está generando?

¿Qué capacidad de control o cambio tienes ante el suceso?

¿Qué es lo peor que podría pasar si el desenlace del examen fuese negativo?

Posteriormente, cada participante de manera individual elabora una carta a sí mismo desde una perspectiva incondicional y compasiva, sin juicios sobre las situaciones en las que ha sentido culpa, tristeza o diferentes emociones. (25 minutos).

Tarea para casa: Exponerse a una situación que les cause incertidumbre, donde se planteen las preguntas expuestas.

Materiales: Pizarra digital (Presentación).

Bolígrafos.

Folios/ Cuaderno personal.

Sesión 9: No existe lo perfecto.

Objetivos: Trabajar las ideas perfeccionistas distorsionadas a través del método de las tres columnas.

Fomentar la capacidad de regulación emocional a través de técnicas de distracción e identificación de emociones.

Justificación teórica: Para trabajar las ideas perfeccionistas distorsionadas del participante, es eficaz utilizar el ejercicio de las tres columnas propuesto por Burns (1981). Del mismo modo, para conseguir que el participante continúe comprendiendo sus emociones se realizará un ejercicio de identificación emocional propuesto por Barlow et al., (2011).

Descripción de actividades: Para poder trabajar las ideas perfeccionistas del sujeto se propone de manera individual que los participantes escojan un mínimo de seis ideas de perfeccionismo para posteriormente identificar la distorsión de pensamiento y encontrar pensamientos alternativos. A continuación, se muestra un ejemplo (20 minutos):

Pensamiento inicial.	Distorsión de pensamiento	Pensamiento alternativo
Si el trabajo no está perfecto, es un trabajo no publicable.	Minimización de lo positivo.	Puede ser publicado, aunque no esté perfecto. A lo mejor me piden que haga correcciones para ser publicado.
.....

Posteriormente se pide a los integrantes que piensen en diferentes situaciones que le generen malestar emocional y que cumplimenten un registro similar al que se expone a continuación con el fin de identificar el proceso emocional (25 minutos):

Situación	Emoción	Acción	Nueva respuesta	Consecuencia
Levantarse de madrugada	Ansiedad	Pensar en que no rendiré en clase	Dar un paseo o hacer tareas.	Sentirse productivo, no luchar contra la ansiedad

Tarea para casa: Realizar el cuestionamiento de pensamientos perfeccionistas experimentados durante la semana.

Materiales: Pizarra digital (Presentación).

Bolígrafos.

Folios/ Cuaderno personal.

Sesión 10: No controlamos el futuro.

Objetivos: Fomentar la aceptación a la incertidumbre.

Promover el sentir de autoeficacia del participante.

Justificación teórica: Para ayudar al bienestar psicológico del participante es necesario enseñarle estrategias como las propuestas por McKay et al., (2017) para fomentar la aceptación a la incertidumbre. Además, es necesario seguir potenciando la sensación de autoeficacia del sujeto utilizando los logros, objetivos y proyectos de vida (Vázquez Y Hervás ,2009).

Descripción de actividades: La sesión comienza explicando los diferentes pasos para que el sujeto pueda fomentar la tolerancia a la incertidumbre, posteriormente los participantes se pondrán en parejas y expondrán cuatro situaciones de incertidumbre en las que tendrán que emplear los pasos explicados (25 minutos):

- Observar y conectar con las emociones experimentadas.
- Aceptación de los sucesos de manera incondicional, sin juicios.
- Establecer objetivos a corto plazo (para saciar nuestra necesidad de control)
- Trazar una rutina alternativa que nos permita lidiar con la incertidumbre.

En el ecuador de la sesión y de manera individual deberán plasmar un listado de logros conseguidos, cinco objetivos alcanzables a corto y largo plazo y dos proyectos que quieran llevar a cabo (15 minutos).

Tarea para casa: Operativizar los objetivos y proyectos propuestos.

Materiales: Pizarra digital (Presentación).

Bolígrafos.

Folios/ Cuaderno personal.

Sesión 11: Asertividad y emoción.

Objetivos: Proporcionar habilidades de comunicación asertiva.

Enseñar técnicas de distracción como estrategias de regulación emocional.

Justificación teórica: Una de las habilidades sociales de las cuales carecen las personas que desarrollan depresión o trastornos de ansiedad es la asertividad. Por ello, en esta sesión se enseñará a los participantes dicha temática con el fin de que puedan emplearla en situaciones cotidianas a partir de lo expuesto por Wolpe (1958). Por otro lado, es de utilidad que aprendan técnicas de distracción como una herramienta para poder regularse emocionalmente en situaciones de estrés o malestar (Sanz, 2018).

Descripción de actividades: La sesión comienza explicando que es la asertividad y su función en las interacciones sociales. Posteriormente se pide a los participantes que formen grupos de 4 personas donde por turnos deberán poner en marcha a través del roleplaying cada una de las siguientes habilidades asertivas (25 minutos):

- Defender los propios derechos respetando los de otros (enfrentarse a una crítica).
- Hacer una petición (pedir perdón o un favor, rechazar peticiones de otros).
- Expresar y escuchar una opinión mostrando acuerdo o desacuerdo.
- Expresa sentimientos de afecto, agrado, o enfado, desagrado ante un comentario.

En el ecuador de la sesión, los participantes deberán realizar de manera individual un listado de las técnicas de distracción que llevan a cabo en su día a día teniendo en cuenta que dichas actividades para que sean eficaces deben generarnos bienestar, deben consumir nuestros recursos atencionales y no deben estar asociadas a lugares, estímulos o personas que nos provocan malestar. A continuación, se pone un ejemplo (20 minutos):

Técnicas de distracción	¿Qué me genera?
1.Dibujar.	1.....
2.Salir a pasear.	2.....
3.Cantar.	3.....
4. Hacer deporte.	4.....

Tarea para casa: Adquirir nuevas técnicas de distracción.

Materiales: Pizarra digital (Presentación).

Bolígrafos.

Folios/ Cuaderno personal.

Sesión 12: Asertividad y emoción.

Objetivos: Reflexión sobre lo aprendido en el programa.

Realización de pruebas psicométricas (BDI-II, GAD-7) para evaluar los cambios en los estudiantes y la eficacia del programa (recogida pre/post).

Descripción de actividades: La sesión comienza solicitando a los participantes a que escriban brevemente en un papel, qué han aprendido, si han alcanzado las metas propuestas en la primera semana, qué dinámicas les han ayudado más, cuáles mejorarían y qué puntos fuertes y débiles encuentran al programa (posteriormente se debate en grupo) (30 minutos).

Por último, deberán cumplimentar nuevamente las pruebas psicométricas (BDI-II y GAD-7) para que se pueda evaluar de manera objetiva los cambios efectuados por los participantes (20 minutos).

Tarea para casa: Llevar lo aprendido en el programa a la práctica diaria.

Materiales: Pizarra digital (Presentación).

Instrumentos estandarizados de medida (BDI-II y GAD-7).

Bolígrafos.

Folios/ Cuaderno personal.

8.6. Cronograma de aplicación

SESIONES	ÁREAS	SEMANAS													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
SESIÓN 1: Introducción															
SESIÓN 2: Cómo pienso y veo el mundo	COGNITIVA														
SESIÓN 3: El diálogo con nosotros	COGNITIVA														
SESIÓN 4: ¿Es Bill Gates perfecto?	COGNITIVA														
	POTENCIACIÓN														
SESIÓN 5: Agentes activos	COGNITIVA														
	HABILIDADES														
SESIÓN 6: En el término medio está la virtud	REGULACIÓN EMOCIONAL														
	POTENCIACIÓN														
SESIÓN 7: Habilidad y emoción	HABILIDADES														
	REGULACIÓN EMOCIONAL														
SESIÓN 8: Aceptación y emoción	COGNITIVA														
	POTENCIACIÓN														
SESIÓN 9: No existe lo perfecto	COGNITIVA														
	REGULACIÓN EMOCIONAL														

prevalencias en los diferentes continentes) considero que puede ser un punto de partida para crear nuevos proyectos con mejores resultados y mayor fiabilidad, validez y complejidad.

Por otro lado, que el programa sea impartido de manera grupal ayuda a reducir el coste del proyecto y a llegar a más personas (Burke et al.,2020), generando además numerosos beneficios asociados al apoyo social, la percepción de que su problemática puede ser experimentada también por otros compañeros, etc (no obstante, estos beneficios son secundarios).

Respecto a los factores positivos de la implementación del programa en los participantes, destacan las facilidades para que todos los alumnos universitarios puedan acceder, así como la diversidad de dinámicas que se trabajan, pudiendo mejorar en cualquier área relacionada con el desarrollo de depresión y TAG, lo que en última instancia previene su aparición (tales como el área cognitiva, emocional, de habilidades, etc). Del mismo modo, aunque la mayoría de las dinámicas empleadas han ido dirigidas a prevenir la sintomatología dada la eficacia demostrada a través de los años en los diferentes enfoques psicológicos (Caballo et al.,2018), el presente programa trata de promover el bienestar del individuo y potenciar su autoestima, autoconocimiento y autoeficacia, no solo enfocándose en trabajar los aspectos negativos.

No obstante, se debe mencionar que este proyecto presenta ciertas limitaciones que deben ser subsanadas en futuras propuestas. En primer lugar, valorar si la duración del programa es demasiado breve para generar cambios en el individuo, ya que en diversos estudios reflejan el número de sesiones como un factor limitante para obtener los resultados deseados (Burke et al.,2020; Butterham et al., 2019; Sandín et al.,2020). En segundo lugar, conocer si el orden y presentación de actividades realizadas es el más adecuado para generar mejoría (por ejemplo, quizá hubiese sido más adecuado presentar la regulación emocional en las tres primeras sesiones). Del mismo modo, tener en cuenta que comenzar con los aspectos cognitivos en las dos primeras sesiones

puede generar numerosas bajas en el programa o baja motivación y redundancia en los participantes.

Además, otra de las debilidades es que solo se tratan las dos psicopatologías más prevalentes, pero numerosos estudiantes pueden reflejar otros trastornos que no han sido tenidos en cuenta y que también eran prevalentes dentro de los universitarios aunque en menor medida (trastorno de pánico, trastorno por sustancias, trastornos de la conducta alimentaria...etc) (Auerbach et al., 2018; Tavoracci et al., 2020; Wang et al., 2020), por lo que en líneas futuras el proyecto de carácter transdiagnóstico podría ser ampliable a estas patologías si disponen de los recursos necesarios.

Por último, señalar que es necesario que el psicólogo encargado tenga cierta experiencia para poder ayudar a los estudiantes, ya que en muchos momentos de las sesiones deberá guiarse por los conocimientos previos, debido a que no hay una guía del proyecto cerrada (por ejemplo, preguntas de los estudiantes respecto a los procesos, saber explicar y conocer bien las áreas, etc). Además, la responsabilidad y el extenso número de estudiantes por profesional puede favorecer que el proyecto no se desarrolle adecuadamente, por lo que quizá deberían reducirse el número de estudiantes en cada grupo.

10.Referencias bibliográficas.

Aldao,A. (2012). Emotion regulations strategies as transdiagnostic processes: A closer look at the invariance of their form and fuction. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 261-277.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5 (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Anderson, G. N., Tung, E. S., Brown, T. A., & Rosellini, A. J. (2021). Facets of emotion regulation and emotional disorder symptom dimensions: Differential associations and incremental validity in a large clinical sample. *Behavior Therapy*, 52(4), 917-931. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2020.11.003>

Araque Gómez, N. D. P., Díaz Cifuentes, A. M., & Lara, C. C. (2017). Variables transdiagnósticas para ansiedad generalizada y depresión mayor en una muestra de estudiantes universitarios.

Arredondo, N. H. L., Estrada, J. C. J., Arroyave, M. C. C., Morales, D. P. R., Rojas, Z. B., & Londoño, D. C. (2015). Prevención de la depresión y la ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista psicología e Saúde*.

Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., Kessler, R. C., & WHO WMH-ICS Collaborators (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of abnormal psychology*, 127(7), 623–638. <https://doi.org/10.1037/abn0000362>

Bados, A., & García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona*, 15.

Ballester, L., Alayo, I., Vilagut, G., Almenara, J., Cebrià, A. I., Echeburúa, E., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Roca, M., Soto-Sanz, V., Blasco, M. J., Castellví, P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Auerbach, R. P., Nock, M. K., Kessler, R. C., & Jordi, A. (2020). Mental disorders in spanish university students: Prevalence, age-of-onset, severe role impairment and mental health treatment. *Journal of Affective Disorders*, 273, 604-613.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.050>

Bantjes, J., Lochner, C., Saal, W., Roos, J., Taljaard, L., Page, D., Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Kessler, R. C., & Stein, D. J. (2019). Prevalence and sociodemographic correlates of common mental disorders among first-year university students in post-apartheid South Africa: implications for a public mental health approach to student wellness. *BMC public health*, 19(1), 922.
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7218-y>

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L. Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). The unificated protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. New York: Oxford University Press.

Batterham, P. J., Calear, A. L., Gulliver, A., & Farrer, L. M. (2019). Efficacy of a transdiagnostic, video-based online program for reducing depression, anxiety, and suicidal ideation in adults: Protocol for a randomised controlled trial. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 14, 100341.

Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37.

Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. TX: Psychological Corporation.

Bermúdez, V. (2017). Ansiedad, depresión, estrés y autoestima en la adolescencia: relación, implicaciones y consecuencias en la Educación privada. Cuestiones pedagógicas: *Revista de ciencias de la educación*. (26), 37-52.

Borja-Delgado, C.A., Ruilova-Mera, E.C., Garcia-Intriago, D.M., Sanchez-Sanchez, S.A., Guevara-Suárez, K.E. y Morales-Tipan, A.P. (2019). Factores que inciden en la presencia de la depresión en adolescentes. Polo del Conocimiento: *Revista científico-profesional*. 4(2), 165-180.

Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stober, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22(6), 561-576.

Bowlby, J. (1983). *Apego y pérdida. Vol. 3. Pérdida, separación y depresión*. Paidós.

Bredemeier, K., Lieblich, S., & Foa, E. B. (2020). Pretreatment levels of rumination predict cognitive-behavioral therapy outcomes in a transdiagnostic sample of adults with anxiety-related disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 75, 102277.

Burke, A. S., Shapero, B. G., Pelletier-Baldelli, A., Deng, W. Y., Nyer, M. B., Leathem, L., ... & Holt, D. J. (2020). Rationale, methods, feasibility, and preliminary

outcomes of a transdiagnostic prevention program for at-risk college students. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1030.

Burns, D. D. (1981). *Feeling good*. Signet Book.

Caballo, V.E., Salazar, I.C., y Carrobles, J.A. (2018) *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Pirámide.

Canlı, D., & Karaşar, B. (2021). Predictors of major depressive disorder: The need for social approval and self-esteem. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 22(1), 38-42.

Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*, 287, 112934.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>

Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., & Asmundson, G. J. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of anxiety disorders*, 26(3), 468–479. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.011>

Castellanos, V., Mateus, S. M., Cáceres, I. R., & Díaz, Paola. A. (2016). Caracterización de la depresión en estudiantes universitarios. 11(1), 37-50.

Coppen, A.; Prange, A. J.; Whybrow, P. C., y Noguera, R. (1972). Abnormalities of indoleamines in affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 26, 274-478.

- Coryell, W., Mills, J., Dindo, L., & Calarge, C. A. (2020). Predictors of depressive symptom trajectories in a prospective follow-up of late adolescents. *Psychological Medicine, 50*(13), 2283-2288.
<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291719002551>
- Dar, K. A., Iqbal, N., & Mushtaq, A. (2017). Intolerance of uncertainty, depression, and anxiety: Examining the indirect and moderating effects of worry. *Asian journal of psychiatry, 29*, 129-133.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour research and therapy, 36*(2), 215-226.
- D´Zurilla, T. J., y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology, 78*, 107-126
- Egan, S., Wade, T., & Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista de psicopatología y psicología clínica, 17*(3), 279-294.
- Ehrenreich-May, J., Bilek, E. L., Queen, A. H., & Hernandez Rodriguez, J. (2012). A unified protocol for the group treatment of childhood anxiety and depression. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*(3), 219-236.
- Ellis, A. (1991). The revised ABC's of rational emotive therapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive- Behavior Therapy, 9* (3), 139-172.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528.

Fernández–García, I. (2020). Comorbilidad entre trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social y el papel del perfeccionismo en adolescentes.

Fernandes MA, Vieira FER, Silva JS, Avelino FVSD, Santos JDM. Prevalence of anxious and depressive symptoms in college students of a public institution. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suppl 5):2169-75. [Thematic Issue: Mental health] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0752>

Fernández, I., Espada, J.P. y Orgilés, M. (2019). Super Skills for Life: Eficacia de un programa transdiagnóstico de prevención indicada para los problemas

Ferrer, L., Martín-Vivar, M., Pineda, D., Sandín, B., & Piqueras, J. A. (2018). RELACIÓN DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES CON DOS MECANISMOS TRANSDIAGNÓSTICOS: EL PERFECCIONISMO Y LA RUMIACIÓN. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 26(1).

Garaigordobil, M., Bernarás, E., Jaureguizar, J. y Machimbarrena, J.M. (2017). Childhood Depression: Relation to Adaptive, Clinical and Predictor Variables. *Frontiers in Psychology*. 8(821). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00821>

García-Escalera, J., Valiente, R. M., Sandín, B., Ehrenreich-May, J., & Chorot, P. (2020). Los efectos de un programa de prevención de la ansiedad y la depresión para adolescentes en variables educativas y de bienestar. *Revista de Psicodidáctica*, 25(2), 143-149.

García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2016). Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes. De la investigación a la consulta. Madrid: Pirámide

Ge, L., Yap, C. W., Ong, R., & Heng, B. H. (2017). Social isolation, loneliness and their relationships with depressive symptoms: a population-based study. *PloS one*, 12(8), e0182145.

González, M., Ibáñez, I., Rovella, A., López, M., & Padilla, L. (2013). Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre: relaciones con variables psicopatológicas. *Psicología Conductual*, 21(1), 81-101.

Haseth, S., Solem, S., Sørø, G. B., Bjørnstad, E., Grøtte, T., & Fisher, P. (2019). Group metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: A pilot feasibility trial. *Frontiers in psychology*, 10, 290.

Herane-Vives, A., Fischer, S., De Angel, V., Wise, T., Cheung, E., Chua, K.-C., Armone, D., Young, A.H. y Cleare, A.J. (2018). Elevated fingernail cortisol levels in major depressive episodes. *Psychoneuroendocrinology*, 88, 17- 23.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.10.026>

Hervás, G., y Moral, G. (2017). Regulación emocional aplicada al campo clínico. *Universidad Complutense de Madrid*.

Hirsch, C. R., Krahé, C., Whyte, J., Loizou, S., Bridge, L., Norton, S., & Mathews, A. (2018). Interpretation training to target repetitive negative thinking in generalized

anxiety disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(12), 1017.

Jaureguizar, J., Garaigordobil, M., & Bernaras, E. (2018). Self-concept, social skills, and resilience as moderators of the relationship between stress and childhood depression. *School mental health*, 10(4), 488-499.

January, J., Madhombiro, M., Chipamaunga, S., Ray, S., Chingono, A., & Abas, M. (2018). Prevalence of depression and anxiety among undergraduate university students in low- and middle-income countries: a systematic review protocol. *Systematic reviews*, 7(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0723-8>

Júnior, É. D. M. S., Passos, I. C., Scott, J., Bristot, G., Scotton, E., Mendes, L. S. T., ... & Kauer-Sant'Anna, M. (2020). Decoding rumination: a machine learning approach to a transdiagnostic sample of outpatients with anxiety, mood and psychotic disorders. *Journal of psychiatric research*, 121, 207-213.

Kierkegaard, C., y Faber, J. (1998). The role of thyroid hormones in depression. *European Journal of Endocrinology*, 138, 1-9.

Kitazawa, M., Yoshimura, M., Murata, M., Sato-Fujimoto, Y., Hitokoto, H., Mimura, M., Tsubota, K., & Kishimoto, T. (2018). Associations between problematic Internet use and psychiatric symptoms among university students in Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 72(7), 531–539. <https://doi.org/10.1111/pcn.12662>

Knight, A., Shakeshaft, A., Havard, A., Maple, M., Foley, C., & Shakeshaft, B. (2017). The quality and effectiveness of interventions that target multiple risk factors

among young people: a systematic review. *Australian and New Zealand journal of public health*, 41(1), 54-60.

Kobus G, Valentina, Calletti G, María José, & Santander T., Jaime. (2020). Prevalencia de síntomas depresivos, síntomas ansiosos y riesgo de suicidio en estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 58(4),314-323. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272020000400314>

Lamis, D. A., Ballard, E. D., May, A. M., & Dvorak, R. D. (2016). Depressive symptoms and suicidal ideation in college students: the mediating and moderating roles of hopelessness, alcohol problems, and social support. *Journal of clinical psychology*, 72(9), 919-932.

Leahy, R. L., Tirch, D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford press.

Lewinsohn, P.M. (1975). The Behavioral Study and Treatment of Depression. Progress in Behavior Modification, 19-64. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-535601-5.50009-3>

Lipson, S. K., Lattie, E. G., & Eisenberg, D. (2019). Increased Rates of Mental Health Service Utilization by U.S. College Students: 10-Year Population-Level Trends (2007-2017). *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 70(1), 60–63. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800332>

Lewinsohn, P.M. Hoberman, H.M.,Teri,L. y Hautzinger,M. (1985).An integrative theory of depression.*Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 331-359). Orlando, FL:Academy Press.

Lomholt, J. J., Johnsen, D. B., Silverman, W. K., Heyne, D., Jeppesen, P., & Thastum, M. (2020). Feasibility study of Back2School, a modular cognitive behavioral intervention for youth with school attendance problems. *Frontiers in Psychology, 11*, 586.

Ma, Z., Zhao, J., Li, Y., Chen, D., Wang, T., Zhang, Z., Chen, Z., Yu, Q., Jiang, J., Fan, F., & Liu, X. (2020). Mental health problems and correlates among 746 217 college students during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Epidemiology and psychiatric sciences, 29*, e181.
<https://doi.org/10.1017/S2045796020000931>

MacLeod, C., & Rutherford, E. (2004). Information-Processing Approaches: Assessing the Selective Functioning of Attention, Interpretation, and Retrieval.

Marcus, D. K., Sawaqdeh, A., y Kwon, P. (2014). The latent structure of generalized anxiety disorder in midlife adults. *Psychiatry research, 215*(2), 366-371

Martinsen, K.D., Rasmussen, L.M.P., Wentzel-Larsen, T., Holen, S., Sund, A.M., Lovaas, M.E.S., Patras, J., Kendall, P.C., Waaktaar, T. y Neumer, S.P. (2019). Prevention of anxiety and depression in school children: Effectiveness of the transdiagnostic EMOTION program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(2). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30550301>

Matthews, T., Danese, A., Wertz, J., Odgers, C. L., Ambler, A., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2016). Social isolation, loneliness and depression in young

adulthood: a behavioural genetic analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(3), 339-348.

Mckay, M., Wood, J. C., & Brantley, J. (2017). Manual práctico de terapia dialéctico conductual. Desclee de Brouwer.

Meichenbaum, D. H., & Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77 (2), 115-126.

Mendelson, M. (1974). *Psychoanalytic concepts of depression*. (2ª ed.). Spectrum.

Ministerio de Sanidad. (2017). Encuesta Nacional de Salud de España. <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestas ta2017.htm>

Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder.

Mira, A., Farfallini, L., Baños, R., Bretón-López, J., & Botella, C. (2016). Sonreír es Divertido, una intervención online para la prevención y el tratamiento de los trastornos emocionales. *Psicodebate*, 16(2), 51-72.
<https://doi.org/10.18682/pd.v16i2.597>

Moeller, R. W., & Seehuus, M. (2019). Loneliness as a mediator for college students' social skills and experiences of depression and anxiety. *Journal of adolescence*, 73, 1-13.

Musyoka, C. M., Mwayo, A., Donovan, D., & Mathai, M. (2020). Alcohol and substance use among first-year students at the University of Nairobi, Kenya: Prevalence and patterns. *PloS one*, *15*(8), e0238170. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238170>

Orozco, W. N., & Baldares, M. J. V. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de costa rica y Centroamérica*, *69*(604), 497-507.

Nolen-Hoeksema, S.; Wisco, B. E.; Lyubomirsky, S. (2008). «[Rethinking Rumination](#)». *Perspectives on Psychological Science* *3* (5): 400-424. [PMID 26158958](#). [doi:10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x](https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x).

Norton, P.J. (2012). Transdiagnostic group CBT for anxiety disorder: Efficacy, acceptability, and beyond. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *17*, 205-217.

Organización Mundial de la Salud. (5 de octubre de 2021). Depresión. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Ouellet, C., Langlois, F., Provencher, M. D., y Gosselin, P. (2019). Intolerance of uncertainty and difficulties in emotion regulation: Proposal for an integrative model of generalized anxiety disorder. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, *69*(1), 9-18.

Padilla Pérez, Z. (2018). Pensamientos negativos repetitivos y positivos relacionados con los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión teórica.

Park,N., y Peterson,C (2009). Achieving and sustaining a good life. *Perspective son Psychological Science*, 4, 422-428.

Peng, M., Mo, B., Liu, Y., Xu, M., Song, X., Liu, L., Fang, Y., Guo, T., Ye, J., Yu, Z., Deng, Q., & Zhang, X. (2020). Prevalence, risk factors and clinical correlates of depression in quarantined population during the COVID-19 outbreak. *Journal of Affective Disorders*, 275, 119-124. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.035>

Pérez Díaz, Y., & Guerra Morales, V. M. (2014). La regulación emocional y su implicación en la salud del adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 86(3), 368-375.

Pérez-Santos, E. y Muñoz, M. (2006). Inventario de depresión de Beck. En R. Fernández (dir.), *Evaluación psicológica* (anexo 13, pp. 1-6). Pirámide.

Pineda, D. (2018). *Procesos transdiagnósticos asociados a los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresivos* (Doctoral dissertation, UNED. Universidad Nacional de Educación a Distancia (España)).

Plag, J., Schmidt-Hellinger, P., Klippstein, T., Mumm, J. L., Wolfarth, B., Petzold, M. B., & Ströhle, A. (2020). Working out the worries: A randomized controlled trial of high intensity interval training in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 76, 102311.

Pramukti, I., Strong, C., Sitthimongkol, Y., Setiawan, A., Pandin, M., Yen, C. F., Lin, C. Y., Griffiths, M. D., & Ko, N. Y. (2020). Anxiety and Suicidal Thoughts During the COVID-19 Pandemic: Cross-Country Comparative Study Among Indonesian,

Taiwanese, and Thai University Students. *Journal of medical Internet research*, 22(12), e24487. <https://doi.org/10.2196/24487>

Ramos-Brieva, J . A. y Cordero, A. (1986). Validación de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 14, 324-334.

Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*. 8(5), 787-804. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(77\)80150-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(77)80150-0)

Rey, J.M., Bella-Awusah, T.T. y Jing, L. (2017). Depresión en niños y adolescentes en M. Irrázaval y I. Hernández (ed)., *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines 2017.

Rodriguez,J.F. y Mesa, P.J. (2011) *Manual de psicopatología clínica*. Pirámide.

Rojo Moreno, L., Arques Egea, S., Plumed Domingo, J. J., Barberá Fons, M. A., Castelló Gascó, J., Livianos Aldana, L., & Gimeno Clemente, N. (2014). PREVALENCIA Y COMORBILIDAD DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN UNA MUESTRA ESPAÑOLA DE ESCOLARES ADOLESCENTES. *Ansiedad y estrés*, 20.

Romero, Á., Castillo, A., y Rivera, S. (2016). Apego y depresión: una comparación por grupo de edad y estatus de pareja en Hidalgo. *Multidisciplinary Health Research*

- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., Germán, M. A. S., & Lostao, L. (2004). Dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad: evidencia confirmatoria de la estructura jerárquica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9(1), 19-33.
- Sandín, B., García-Escalera, J., Valiente, R. M., Espinosa, V., & Chorot, P. (2020). Clinical utility of an internet-delivered version of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (iUP-A): a pilot open trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8306.
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica= Transdiagnostic: a new frontier in clinical psychology.
- Schildkraut, J.J. (1965). The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. *American Journal of Psychiatry*. 122(5), 509- 522.
<https://doi.org/10.1176/ajp.122.5.509>
- Sanz, R. (2018). Regulación emocional. Grupo 5.
- Santini, Z. I., Jose, P. E., Cornwell, E. Y., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., ... & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*, 5(1), e62-e70.
- Seligman, M. (1981). *Indefensión*. Madrid: Debate (orig. 1975)

Steffen, A., Nübel, J., Jacobi, F., Bätzing, J. y Holstiege, J. (2020). Mental and somatic comorbidity of depression: a comprehensive cross-sectional analysis of 202 diagnosis groups using German nationwide ambulatory claims data. *BMC Psychiatry*. 20(142). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02546-8>

Sherif RF, Saeed NM, Sherif GA, Rabab KS, Sherif FM. Prevalence of depression among Libyan medical students. *Iberoam J Med*. 2021;3(3):196-203. doi: 10.5281/zenodo.4723954

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097.

Średniawa, A., Drwiła, D., Krotos, A., Wojtaś, D., Kostecka, N., & Tomasik, T. (2019). Insomnia and the level of stress among students in Krakow, Poland. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 41(1), 60–68. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0154>

Su, Y., D'Arcy, C., & Meng, X. (2021). Research Review: Developmental origins of depression - a systematic review and meta-analysis. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 62(9), 1050–1066. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13358>

Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *The American journal of psychiatry*, 157(10), 1552–1562. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552>

Tadeo-Álvarez, Marco Antonio, Munguía-Ortíz, Claudia Daniela, Benítez-López, Valeria, Valles-Medina, Ana María, Delgadillo-Ramos, Guadalupe, Flores-Castillo, Paola Michelle, & Romo-Guardado, Marcela. (2019). Presence of depressive symptoms in medical students in a Mexican public university. *Salud mental*, 42(3), 131-136. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2019.017>

Tavolacci, M. P., Déchelotte, P., & Ladner, J. (2020). Eating Disorders among College Students in France: Characteristics, Help-and Care-Seeking. *International journal of environmental research and public health*, 17(16), 5914. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165914>

Teasdale, J.D. (1988) Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274.

Topper, M., Emmelkamp, P. M., Watkins, E., & Ehring, T. (2017). Prevention of anxiety disorders and depression by targeting excessive worry and rumination in adolescents and young adults: A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 90, 123-136.

Torres, C., Otero, P., Bustamante, B., Blanco, V., Díaz, O., & Vázquez, F. L. (2017). Mental Health Problems and Related Factors in Ecuadorian College Students. *International journal of environmental research and public health*, 14(5), 530. <https://doi.org/10.3390/ijerph14050530>

Tulbure, B. T., Rusu, A., Sava, F. A., Sălăgean, N., & Farchione, T. J. (2018). A web-based transdiagnostic intervention for affective and mood disorders: randomized controlled trial. *JMIR mental health*, 5(2), e8901.

Tyler, J., Mu, W., McCann, J., Belli, G., & Asnaani, A. (2021). The unique contribution of perfectionistic cognitions to anxiety disorder symptoms in a treatment-seeking sample. *Cognitive Behaviour Therapy*, 50(2), 121-137.

Vázquez, C. y Hervás, G (2009). *Psicología positiva aplicada*. Desclée de Brouwer.

Vázquez, A. (2016). Los factores psicosociales y la depresión. *Mul Med*. 20(3).
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=67017>

Vázquez, C. y Sanz, J. (2011). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario de la depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10. 59-81.

Wang, Z. H., Yang, H. L., Yang, Y. Q., Liu, D., Li, Z. H., Zhang, X. R., Zhang, Y. J., Shen, D., Chen, P. L., Song, W. Q., Wang, X. M., Wu, X. B., Yang, X. F., & Mao, C. (2020). Prevalence of anxiety and depression symptom, and the demands for psychological knowledge and interventions in college students during COVID-19 epidemic: A large cross-sectional study. *Journal of affective disorders*, 275, 188–193. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.034>

Whisman, M. A., du Pont, A., & Butterworth, P. (2020). Longitudinal associations between rumination and depressive symptoms in a probability sample of adults. *Journal of Affective Disorders*, 260, 680-686.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.035>

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press: Desclée de Brower.

World Health Organization.(2019) *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-11: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.

Wells, A. (2006). The metacognitive model of worry and generalised anxiety disorder. *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment*, 179-199.

Yeung, T. S., Hyun, S., Zhang, E., Wong, F., Stevens, C., Liu, C. H., & Chen, J. A. (2021). Prevalence and correlates of mental health symptoms and disorders among US international college students. *Journal of American college health : J of ACH*, 1–7. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1865980>

Yoshimoto, H., Takayashiki, A., Goto, R., Saito, G., Kawaida, K., Hieda, R., Kataoka, Y., Aramaki, M., Sakamoto, N., Maeno, T., Kobayashi, Y., & Takemura, Y. C. (2017). Association between Excessive Alcohol Use and Alcohol-Related Injuries in College Students: A Multi-Center Cross-Sectional Study in Japan. *The Tohoku journal of experimental medicine*, 242(2), 157–163. <https://doi.org/10.1620/tjem.242.157>

Zainal, N. H., & Newman, M. G. (2018). Executive function and other cognitive deficits are distal risk factors of generalized anxiety disorder 9 years later. *Psychological Medicine*, 48(12), 2045-2053.

11. Anexos

Anexo 1

Diario de fortalezas

Función de la actividad: La siguiente actividad buscará que los participantes ejerciten sus procesos introspectivos. Para ello, se les explicará por qué conocer nuestras fortalezas puede ayudar en la regulación y gestión emocional. Posteriormente se les pedirá que realicen un diario de fortalezas de carácter personal.

Comenzaremos pues a presentar las diferentes fortalezas:

FORTALEZAS PERSONALES	TIPOS
<p>Sabiduría y conocimiento Fortalezas cognitivas que implican la adquisición y el uso del conocimiento.</p>	<p>Curiosidad, interés por el mundo: Tener interés por lo que sucede en el mundo, encontrar temas fascinantes, explorar y descubrir nuevas cosas.</p> <p>Amor por el conocimiento y el aprendizaje: Llegar a dominar nuevas materias y conocimientos, tendencia continua a adquirir nuevos aprendizajes.</p> <p>Juicio, pensamiento crítico, mentalidad abierta: Pensar sobre las cosas y examinar todos sus significados y matices. No sacar conclusiones al azar, sino tras evaluar cada posibilidad. Estar dispuesto a cambiar las propias ideas en base a la evidencia.</p> <p>Creatividad, Ingenio, originalidad, inteligencia práctica: Pensar en nuevos y productivos caminos y formas de hacer las cosas. Incluye la creación artística pero no se limita exclusivamente a ella, sino para ayudar a comprenderlo a los demás</p> <p>Perspectiva: Ser capaz de dar consejos sabios y adecuados a los demás, encontrando caminos no sólo para comprender el mundo</p>
	<p>Valentía: No dejarse intimidar ante la amenaza, el cambio, la dificultad o el dolor. Ser capaz de defender una postura que uno cree correcta</p>

<p style="text-align: center;">Coraje</p> <p>Fortalezas emocionales que implican la consecución de metas ante situaciones de dificultad, externa o interna.</p>	<p>aunque exista una fuerte oposición por parte de los demás, actuar según las propias convicciones aunque eso suponga ser criticado. Incluye la fuerza física pero no se limita a eso.</p> <p>Perseverancia y diligencia: Terminar lo que uno empieza. Persistir en una actividad aunque existan obstáculos. Obtener satisfacción por las tareas emprendidas y que consiguen finalizarse con éxito.</p> <p>Integridad, honestidad, autenticidad: Ir siempre con la verdad por delante, no ser pretencioso y asumir la responsabilidad de los propios sentimientos y acciones emprendidas.</p> <p>Vitalidad y pasión por las cosas: Afrontar la vida con entusiasmo y energía. Hacer las cosas con convicción y dando todo de uno mismo. Vivir la vida como una apasionante aventura, sintiéndose vivo y activo.</p>
<p style="text-align: center;">Humanidad</p> <p>Fortalezas interpersonales que implican cuidar y ofrecer amistad y cariño a los demás.</p>	<p>Amor, apego, capacidad de amar y ser amado: Tener importantes y valiosas relaciones con otras personas, en particular con aquellas en las que el afecto y el cuidado son mutuos. Sentirse cerca y apegado a otras personas.</p> <p>Simpatía, amabilidad, generosidad: Hacer favores y buenas acciones para los demás, ayudar y cuidar a otras personas.</p> <p>Inteligencia emocional, personal y social: Ser consciente de las emociones y sentimientos tanto de uno mismo como de los demás, saber cómo comportarse en las diferentes situaciones sociales, saber qué cosas son importante para otras personas, tener empatía. Justicia: Fortalezas cívicas que conllevan una vida en comunidad saludable.</p> <p>Ciudadanía, civismo, lealtad, trabajo en equipo: Trabajar bien dentro de un equipo o grupo de personas, ser fiel al grupo y sentirse parte de él. Sentido de la justicia, equidad: Tratar a todas las personas como iguales en consonancia con las nociones de equidad y justicia. No dejar que los sentimientos personales influyan en decisiones sobre los</p>

	<p>otros, dando a todo el mundo las mismas oportunidades.</p> <p>Liderazgo: Animar al grupo del que uno es miembro para hacer cosas, así como reforzar las relaciones entre las personas de dicho grupo. Organizar actividades grupales y llevarlas a buen término</p>
<p>Moderación Fortalezas que nos protegen contra los excesos.</p>	<p>Capacidad de perdonar, misericordia: Capacidad de perdonar a aquellas personas que han actuado mal, dándoles una segunda oportunidad, no siendo vengativo ni rencoroso.</p> <p>Modestia, humildad: Dejar que sean los demás los que hablen de uno mismo, no buscar ser el centro de atención y no creerse más especial que los demás.</p> <p>Prudencia, discreción, cautela: Ser cauteloso a la hora de tomar decisiones, no asumiendo riesgos innecesarios ni diciendo o haciendo nada de lo que después uno se pueda arrepentir.</p> <p>Auto-control, auto-regulación: Tener capacidad para regular los propios sentimientos y acciones. Tener disciplina y control sobre los impulsos y emociones.</p>
<p>Trascendencia Fortalezas que forjan conexiones con la inmensidad del universo y proveen de significado la vida</p>	<p>Apreciación de la belleza y la excelencia, capacidad de asombro: Saber apreciar la belleza de las cosas, del día a día, o interesarse por aspectos de la vida como la naturaleza, el arte, la ciencia...</p> <p>Gratitud: Ser consciente y agradecer las cosas buenas que a uno le pasan. Saber dar las gracias.</p> <p>Esperanza, optimismo, proyección hacia el futuro: Esperar lo mejor para el futuro y trabajar para conseguirlo. Creer que un buen futuro es algo que está en nuestras manos conseguir.</p> <p>Sentido del humor: Gustar de reír y gastar bromas, sonreír con frecuencia, ver el lado positivo de la vida.</p> <p>Espiritualidad, fe, sentido religioso: Pensar que existe un propósito o un significado universal en las cosas que ocurren en el mundo y en la propia existencia. Creer que existe algo superior</p>

	que da forma a determina nuestra conducta y nos protege.
--	--

Una vez se han presentado y explicado las diferentes fortalezas se les pide a los participantes que realicen la siguiente actividad:

Mis fortalezas	¿En qué situaciones las veo?	¿En qué situaciones no fui consciente de que las tenía y me habrían venido bien?
1:.....	1:.....	1:.....
2:.....	2:.....	2:.....
3:.....	3:.....	3:.....
4:.....	4:.....	4:.....