

Artículo

Eficacia de la Aplicación de un Protocolo Transdiagnóstico de Salud Mental para Jóvenes Basado en Telemedicina

Pilar de-la-Higuera-Gonzalez^{1,2}, Priscila Bueno-Aguilar³, Teresa Cubillo-Estívariz³,
Rocío Paños-Babin³, Elisa Pueyo-Aznar³, Alba Mengual-Quero³, Blanca Linares-Santamaría³,
Alba Senén-Gismero³, Julia Colás-Maderuelo³, Sofía Navamuel-Hazas³,
María Gamero-Ledo³, Alejandro de la Torre-Luque^{4,5}

¹Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid (UCM) (España)

²Fundación para la Investigación Biomédica HCSC. Instituto de Investigación Sanitaria Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid (España)

³Fundación Fad Juventud (España)

⁴Departamento de Medicina Legal, Psiquiatría y Patología. Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid (UCM) (España)

⁵Centro para la Investigación Biomédica en Red para la Salud Mental (CIBERSAM ISCIII), Madrid (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 25/03/2025

Aceptado: 05/09/2025

Palabras clave:

Intervención

Breve

Online

Sintomatología

Regulación emocional

Resolución de problemas

Ideación suicida

RESUMEN

Objetivos: La Fundación Fad Juventud y la Universidad Complutense de Madrid desarrollaron una intervención breve mediante telepsicología para jóvenes. Este estudio analizó su eficacia. **Método:** Se evaluó sintomatología ansiosa, depresiva y estrés, habilidades de regulación emocional y resolución de problemas, consumo de alcohol, cannabis y tabaco e ideación suicida pre y postratamiento. La intervención consistió en la aplicación de cinco módulos estructurados. Se estudiaron diferencias entre pre y postratamiento mediante pruebas *t* de Student o rangos de Wilcoxon, puntuaciones de cambio y predictores de cambio mediante modelos de regresión lineal. **Resultados:** Participaron 41 personas (78,57% mujeres; $M_{edad} = 23,66$ años, $DE = 3,88$; $M_{sesiones\ realizadas} = 6,33$, $DE = 1,1$), encontrándose diferencias estadísticamente significativas, excepto en consumo y estilo impulsivo/desatento (resolución de problemas). Las puntuaciones de cambio reflejaron mayor sintomatología depresiva en participantes con puntuaciones clínicas en pretratamiento, y decremento en sintomatología ansiosa, estrés e ideación suicida. **Conclusiones:** Los resultados sugieren eficacia de la intervención sobre sintomatología ansiosa, estrés, habilidades de regulación emocional, resolución de problemas e ideación suicida.

Efficacy of the Application of a Youth Transdiagnostic Mental-Health Protocol Based on Telemedicine

ABSTRACT

Objectives: Fad Juventud Foundation and Complutense University of Madrid developed a brief intervention through telepsychology for young people. This study analysed its efficacy. **Method:** Anxious and depressive symptomatology, stress levels, emotional regulation and problem solving skills; alcohol,

Citar como: de-la-Higuera-Gonzalez, P., Bueno-Aguilar, P., Cubillo-Estívariz, T., Paños-Babin, R., Pueyo-Aznar, E., Mengual-Quero, A., Linares-Santamaría, B., Senén-Gismero, A., Colás-Maderuelo, J., Navamuel-Hazas, S., Gamero-Ledo, M. y de la Torre-Luque, A. (2025). Eficacia de la aplicación de un protocolo transdiagnóstico de salud mental para jóvenes basado en telemedicina. *Revista de Psicoterapia*, 36(132), 74-85. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i132.44974>

Autor y e-mail de correspondencia: Pilar de-la-Higuera-Gonzalez, pdelahig@ucm.es

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC

Keywords:

Intervention
Brief
Emotional regulation
Problem solving
Suicidal ideation
Symptomatology
Online

cannabis and tobacco consumption; and suicidal ideation were assessed pre- and post-treatment. The intervention was conform by five structured modules. Differences pre-treatment and post-treatment were analysed using Student's *t* or Wilcoxon rank-sum test; change scores and change predictors by lineal regression models. **Results:** 41 persons participated in the whole intervention (78.57% women; $M_{age} = 23.66$ years, $SD = 3.88$; $M_{sessions\ attended} = 6.33$, $SD = 1.1$). Statistical significative differences were found, except consumption and impulsive/inattentive style (problem solving). Change scores showed a depressive symptomatology increasement in participants with clinical pre-treatment scores, and a decrease in anxious symptomatology, stress and suicidal ideation. **Conclusions:** Results suggest efficacy of the intervention on anxious symptomatology, stress, emotional regulation skills, problem solving and suicidal ideation.

Introducción

Los problemas de salud mental aumentaron durante la pandemia de COVID-19, incrementándose la prevalencia y agravamiento de ansiedad, conflictos interpersonales, depresión, estrés, ideación suicida, insomnio, sentimientos de soledad, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de estrés postraumático (American Psychiatric Association, 2020a; Goldberg et al., 2022; González-Sanguino et al., 2021; Meda et al., 2021; Monistrol-Mula et al., 2022; Organización Mundial de la Salud 2022; Temple et al., 2022; Xiong et al., 2020).

El aumento de estas problemáticas generó la necesidad de desarrollar programas de intervención que permitieran atender las demandas crecientes a través de su aplicación online (American Psychiatric Association, 2020b). La telepsicología se situó como una vía de tratamiento efectiva en el contexto de distanciamiento social (González-Peña et al., 2017), situándose como opción generalizada de tratamiento psicológico a nivel mundial (American Psychiatric Association, 2020a) y siendo un recurso ampliamente utilizado por los profesionales por las posibilidades versátiles de atención que ofrece (González-Peña et al., 2017).

La telepsicología consiste en una intervención psicológica a distancia por contacto virtual entre usuario y profesional mediante videoconferencia, chats o llamadas, recibiendo *feedback* instantáneo o demorado, según características de la intervención y del dispositivo de realización (Barak et al., 2009). Actualmente constituye una modalidad de atención, evaluación, tratamiento clínico y seguimiento (Hull et al., 2020; Rojas et al., 2020; Seidel y Kilgus, 2014; Singh et al. 2021), con eficacia (Andersson et al., 2016; Andersson et al., 2019; Barak et al., 2008; Cuijpers et al., 2017; Hyler et al., 2005; Lin et al., 2022) y adherencia terapéutica (Linn et al., 2011) similares a la atención presencial. Los resultados de intervenciones telepsicológicas con cribado, evaluación, diagnóstico y tratamiento se han mostrado similares a los obtenidos mediante protocolos presenciales (Mavandadi et al., 2015; Rojas et al., 2020; Wagner et al., 2016).

Asimismo, protocolos de evaluación y diagnóstico son particularmente bienvenidos en poblaciones que han crecido con dispositivos móviles e internet, como la población joven (Wagner et al., 2016), mostrando preferencia por el uso de protocolos de cribado, diagnóstico y tratamiento clínico mediante teleasistencia, dada la comodidad, intimidad y aplicabilidad a la vida diaria que ofrecen (Barak et al., 2009; de la Torre y Pardo, 2018).

En la población joven, la principal demanda de Protocolos de intervención *online* debe centrarse en cubrir los problemas

psicopatológicos más prevalentes: trastornos emocionales, conducta suicida y consumo de sustancias psicoactivas (de la Torre-Luque et al., 2023a; Swendsen et al., 2012). Asimismo, considerando la alta prevalencia de problemas de salud mental en esta población, la implantación de protocolos transdiagnóstico puede ser una alternativa óptima para atajar los factores agravantes y sintomatología común a un amplio abanico de trastornos mentales, considerando las dimensiones ansiógena y depresiva (Brown y Barlow, 2009) y otras como la regulación emocional o la rumiación (Belloch, 2012).

La Fundación Fad Juventud (en adelante, Fad Juventud) se sitúa como una entidad que ofrece un servicio de orientación y asesoramiento gratuito para jóvenes entre 15 y 29 años que solicitan atención por malestar psicológico. En base a ello, para proporcionar una atención estructurada y adecuada a la problemática que presentan, Fad Juventud y la Universidad Complutense de Madrid desarrollaron un Protocolo breve basado en telemedicina para atender las demandas de salud mental de jóvenes.

Este Protocolo se sustentó en las bases teóricas de la Terapia Cognitivo Conductual (Beck, 1978), e incluyó ejercicios típicos de la Terapia de Aceptación y Compromiso -ACT- (Wilson y Luciano, 2002) así como la consideración transdiagnóstica de la sintomatología objeto de intervención: se contempló la dimensión sufrimiento-placer generada desde el funcionamiento del ser humano como ser verbal, al denominar unos eventos como placenteros y otros como aversivos y, en función de estas relaciones, desarrollando una serie de conductas encaminadas a maximizar el bienestar y a alejarse del dolor y el malestar -evitación experiencial- (Luciano et al., 2006; Wilson y Luciano, 2002), pero alejándola de conductas acciones valiosas y relevantes dirigidas a valores personales (Barraca et al., 2007; Luciano et al., 2004; Luciano et al., 2006; Wilson y Luciano, 2002). Esta conceptualización transdiagnóstica, considerando un patrón de evitación experiencial común en la diferente sintomatología, guió el Protocolo, así como sus objetivos, dirigiéndolos hacia los valores personales como principales reforzadores de la conducta para dotarla de dirección y propósito personal e idiosincrático (Páez-Blarrina et al., 2006). Resultados meta-analíticos sobre la intervención transdiagnóstica en sintomatología ansiógena y depresiva muestran su eficacia en su reducción, apoyando la utilidad de los abordajes transdiagnósticos como alternativa eficaz y efectiva a tratamientos cognitivo-conductuales tradicionales (Carlucci et al., 2021; García-Escalera et al., 2017).

Este trabajo pretende describir el Protocolo aplicado en los usuarios de Fad Juventud, y estudiar su eficacia en la disminución de síntomas y adquisición de habilidades.

Método

Participantes

Los participantes fueron adultos jóvenes que contactaron voluntariamente con Fad Juventud. Fad Juventud ofreció la posibilidad de participar en este programa, tras la realización de una entrevista personal de su demanda.

Como criterios de inclusión 1) los participantes tenían que ser mayores de edad; 2) disponer de un dispositivo electrónico con cámara y conexión a internet para la realización de las sesiones; y 3) firmar el Consentimiento Informado.

Los criterios de exclusión fueron: 1) informar los propios participantes de estar diagnosticados con un diagnóstico psiquiátrico; 2) presentar conducta autolítica intensa (informar de que se iba a iniciar un intento suicida de forma inminente o se estaba ejecutando uno), según evaluación de las profesionales de Fad Juventud en la entrevista personal. En este caso, los participantes fueron derivados a un dispositivo de salud mental más intensivo y adecuado a sus necesidades.

Instrumentos

Todos los participantes fueron evaluados mediante una batería de test psicológicos realizada antes de comenzar el Protocolo (cribado y pretratamiento) y después de finalizar el Protocolo (postratamiento). Los instrumentos utilizados para evaluar cada variable fueron los siguientes:

- **Sintomatología ansiógena y depresiva.** Para evaluar los síntomas de ansiedad y depresión se utilizó la adaptación al castellano de [Herrero et al. \(2003\)](#) de la “Hospital anxiety and depression scale” (HADS) de [Zigmond y Snaith \(1983\)](#). Instrumento autoaplicado de 14 ítems en escala likert de cuatro puntos, conformado por una escala de depresión y otra de ansiedad con siete ítems cada una. En su validación al castellano, su consistencia interna fue alta, alfa de Cronbach 0,90 para la escala completa, 0,84 para la subescala de depresión y 0,85 para la subescala de ansiedad.
- **Nivel de estrés.** Para evaluar el nivel de estrés, se utilizó la versión corta adaptada al castellano por [Remor \(2006\)](#) de la “Perceived Stress Scale” (PSS) de [Cohen et al. \(1983\)](#), instrumento autoaplicado de 10 ítems de escala likert de cinco puntos. Su validación al castellano muestra una adecuada consistencia, con un alfa de Cronbach de 0,82.
- **Habilidades de regulación emocional.** Para evaluar esta variable se utilizó la adaptación al castellano de [Gómez-Simón et al., \(2014\)](#) de la “Difficulties in Emotion Regulation Scale” (DERS) de [Gratz y Roemer \(2004\)](#). Este instrumento autoaplicado consta de 36 ítems de escala likert de cinco puntos y su estructura se basa en las siguientes escalas: “Falta de conocimiento emocional”, “Dificultad en controlar conductas impulsivas en momentos de angustia”, “No aceptación de las respuestas emocionales negativas”, “Dificultades en involucrarse en comportamientos dirigidos a objetivos en momentos de angustia”, “Falta de claridad emocional” y “Acceso limitado a estrategias de regulación efectivas”. En la validación al castellano, la escala muestra una adecuada consistencia interna para la escala total

(alfa de Cronbach de 0,88) así como para todas las escalas (0,62; 0,81; 0,84; 0,80; 0,71 y 0,73 correspondientemente).

- **Habilidades de solución de problemas.** Las habilidades para la resolución de problemas fueron evaluadas mediante la versión corta autoaplicada de 25 ítems en escala likert de cinco puntos de la adaptación española de [Maydeu-Olivares et al. \(2000\)](#) de la “Social Problem-Solving Inventory-Revised” (SPSI-R) de [D’Zurilla y Nezu \(1990\)](#), versión corta de [D’Zurilla et al. \(2002\)](#). Este instrumento consta de cinco factores, las escalas: “Orientación positiva hacia el problema”, “Orientación negativa hacia el problema”, “Solución racional del problema”, “Estilo impulsivo/desatento” y “Estilo evitativo”. La validación española muestra adecuada consistencia interna, con alfa de Cronbach de 0,68; 0,79; 0,78; 0,79 y 0,83 para cada una de las escalas (correspondientemente).
- **Consumo de alcohol.** Para evaluar el consumo de alcohol se utilizó el instrumento de screening autoaplicado adaptado al español de [Contel Guillelámón et al. \(1999\)](#) del “Alcohol Use Disorders Identification Test” (AUDIT) de [Saunders et al. \(1993\)](#). Este es un instrumento autoaplicado de 10 ítems en formato likert de cinco puntos. La validación al castellano muestra una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,88.
- **Consumo de cannabis.** Se utilizó un instrumento de *screening* autoaplicado de seis ítems en formato likert de cinco puntos: la adaptación española de Cuenca-Royo (2012) del “Cannabis Abuse Screening Test” (CAST) de [Legleye et al. \(2007\)](#). Este instrumento tiene una adecuada consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,82.
- **Consumo de tabaco.** El consumo de tabaco se evaluó mediante un instrumento que evalúa la dependencia a la nicotina, la adaptación española de [Becona y Vázquez \(1998\)](#) del “Fagerstrom Test for Nicotine Dependence” (FTND) de [Heatherton et al. \(1991\)](#). Este instrumento cuenta con ocho ítems con diferentes tipos de respuesta: seis mediante respuesta dicotómica (sí/no), y dos de escala likert de cuatro y cinco puntos. La consistencia interna de la validación española es adecuada, con un alfa de Cronbach de 0,66.
- **Ideación suicida.** La ideación suicida fue evaluada mediante la adaptación española de [Fonseca-Pedrero et al. \(2018\)](#) de la “Paykel Suicide Scale” (Paykel) de [Paykel et al. \(1974\)](#), que evalúa de forma dicotómica pensamientos de muerte (ítems 1 y 2), ideación (ítems 3 y 4) e intentos de suicidio (ítem 5). La validación española muestra una excelente consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,93.

Procedimiento

Este Protocolo se diseñó en cuatro fases, tres de evaluación (cribado, pretratamiento y postratamiento) y una de intervención. La relación sintética de las fases y contenidos se presenta en la [Tabla 1](#).

La fase de cribado estaba constituida por dos procesos: entrevista personal realizada por las profesionales de Fad Juventud para examinar la demanda presentada y posibles diagnósticos psiquiátricos, y una evaluación psicométrica de cribado. En base a ambos, las profesionales de la Fad Juventud valoraban si era adecuada la participación o no de cada participante, considerando si se cumplían criterios de inclusión y no se daban criterios de exclusión.

Una vez que se valoraba como pertinente la participación de los interesados, estos, los usuarios finales del mismo, realizaron una evaluación pretratamiento, previa al inicio de la intervención.

Posteriormente, la intervención consistió en sesiones telemáticas estructuradas de 55-60 minutos desarrolladas por profesionales de Fad Juventud. La estructura de la intervención consideró en primer lugar la realización de cuatro módulos comunes a todas las intervenciones realizadas: Módulo 1 Introductorio para introducir las bases teóricas de la intervención; Módulo 2 para el abordaje del estado de ánimo deprimido y triste; Módulo 3 para intervenir en los Síntomas ansiosos y Módulo 4 para incrementar la Regulación emocional. En base a los resultados de la evaluación de cribado realizada, se aplicaba otro módulo en función de las necesidades presentadas por cada participante: Módulo 5 para intervenir en Conflictos y problemas interpersonales o Módulo 6, para abordar la Conducta Suicida, el cual, si se detectaba ideación suicida en la evaluación de cribado, era el primero en aplicarse.

Todos los módulos se articulaban de forma uniforme. Primero, planteaban las bases teóricas que los sustentaban (ver [Tabla 2](#)).

Tabla 1
Relación de Fases, Contenido y Participantes en Cada una

Fase	Contenido	Participantes
Fase 0. evaluación de cribado	Entrevista personal. Evaluación psicométrica de variables: síntomatología ansiógena y depresiva y nivel de estrés.	Personas interesadas en participar en el Protocolo.
Fase 1. Evaluación pretratamiento	Evaluación psicométrica de variables: habilidades de regulación emocional y resolución de problemas, consumo de alcohol, tabaco y cannabis e ideación suicida.	Usuarios del Protocolo.
Fase 2. Intervención	Aplicación de cinco módulos (Módulos 1, 2, 3, 4 y 5 o Módulos 1, 2, 3, 4 y 6, según necesidades de cada usuario)	Usuarios del Protocolo.
Fase 3. Evaluación postratamiento	Evaluación psicométrica de variables: síntomatología ansiógena y depresiva, nivel de estrés, habilidades de regulación emocional y resolución de problemas, consumo de alcohol, tabaco y cannabis e ideación suicida.	Usuarios que realizaron y finalizaron los módulos del Protocolo.

Tabla 2
Relación de Módulos y sus Bases Teóricas

Módulo	Base teórica
Módulo 1	Valores como marco de comportamiento (Páez-Blarrina et al., 2006). Alianza como componente esencial de la terapia (Norcross et al., 2002).
Módulo 2	Síntomas depresivos como reflejo de patrón de evitación experiencial (Barraca, 2007 ; Luciano et al., 2004).
Módulo 3	Ansiedad en triple sistema de respuesta (Sandín et al., 2020a).
Módulo 4	Regulación emocional como conjunto de procesos adaptativos cambiantes como reacción a eventos (Etkin et al., 2015 ; Gross y Thompson, 2007 ; Zeman et al., 2006). Desregulación emocional como base del sufrimiento mental (Batten et al., 2005 ; Cludius et al., 2020 ; Linehan y Wilks, 2015 ; Sheppes et al., 2015).
Módulo 5	Derechos humanos como base de igualdad moral (Caballo, 1993). Entrenamiento en habilidades sociales (Caballo e Irujo, 2014). Relaciones interpersonales adaptativas (Curran, 1985 ; Méndez et al., 2014b).
Módulo 6	Continuo de ideación suicida (de la Torre-Luque et al., 2023b ; O'Connor y Kirtley, 2018 ; Pema et al., 2022).

Posteriormente, desarrollaban sus objetivos de aplicación (ver [Tabla 3](#)). En general, estos se centraban en modificar la conducta paradójica de eliminación del malestar evitando constantemente los eventos desagradables que aleja a la persona de sus objetivos, fomentando conductas más adaptativas para cada usuario según sus valores personales ([Luciano et al., 2006](#)).

Para realizar la intervención, todos los módulos incluían indicaciones para iniciarlos y recomendaciones para estructurarlos temporalmente. Asimismo, todos desarrollaban los contenidos técnicos a aplicar, recogiendo técnicas y tareas específicas para que las profesionales guiaran a la persona mediante actividades y

Tabla 3
Relación de Módulos y sus Objetivos

Módulo	Objetivos
Módulo 1	Situar al individuo como agente de su conducta. Establecer alianza terapéutica estable y productiva (acuerdo en objetivos del tratamiento y tareas y que genere un vínculo positivo; Bordin et al., 1979). Explicitar papel activo del individuo en el tratamiento. Clarificar valores personales. Evidenciar ruptura entre eventos privados y acciones valiosas.
Módulo 2	Proporcionar información suficiente al usuario sobre la dinámica de sintomatología depresiva presentada. Despertar en el individuo la idea de que quizá el problema pueda ser lo que se hace con el problema (conductas de control del problema, ej. evitación). Proporcionar protocolo de análisis de las propias conductas, para comprobar si se desarrollan en línea con las direcciones valiosas del individuo. Proveer al individuo de planificación adecuada de desarrollo de actividades agradables, sustituyendo actividades disfuncionales o desadaptativas (ej. evitación).
Módulo 3	Identificar sensaciones fisiológicas de ansiedad. Reducir niveles de activación. Conceptualizar preocupaciones como intentos de solución ineficaces. Utilizar una herramienta breve que frene las preocupaciones como intento de solución. Concretar acciones encaminadas a los valores personales. Potenciar trayectorias sustentadas por reforzamiento positivo (metas alineadas con valores) y no reforzamiento negativo (alivio del malestar).
Módulo 4	Proporcionar información sobre la experiencia y regulación emocionales. Proveer al individuo de herramientas para detectar el estado emocional que genera conductas impulsivas. Identificar conductas impulsivas. Promover compromiso para sustituir estrategias de regulación emocional desadaptativas por otras más adaptativas.
Módulo 5	Identificar conductas problema y patrones relacionales disfuncionales. Distinguir respuestas asertivas, no asertivas y agresivas. Generar habilidades de resolución de problemas para mejor manejo de problemas. Implementar técnicas específicas para mejor comunicación interpersonal. Prevenir recaídas.
Módulo 6	Establecer red de apoyo mínima para prevenir la aparición de crisis suicida (plan de seguridad). Proporcionar información sólida y entendible del riesgo suicida, su relación con la experiencia y regulación emocionales. Concienciar sobre las señales de alarma que hacen caer al individuo en la espiral suicida. Promover compromiso de prevenir la conducta suicida usando estrategias de regulación emocional adaptativas.

ejercicios sobre el área de trabajo correspondiente (ver [Tabla 4](#)). Además, todos los módulos describían tareas para casa para el usuario para realizar fuera de las sesiones (ver [Tabla 5](#)).

Una vez finalizada la aplicación del Protocolo, se realizó la evaluación posterior a la intervención para evaluar los niveles de sintomatología (evaluación postratamiento).

Por último, los participantes realizaron una encuesta online anónima en la que fueron preguntados acerca de su satisfacción general con el Protocolo y profesionales de Fad Juventud, valoración de mejora en comparación con su estado al inicio, mejora de conocimientos sobre regulación emocional, aplicabilidad en su vida diaria y duración.

El Protocolo fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Clínico San Carlos (23/517-E). Fue aplicado íntegramente por profesionales de Fad Juventud durante los años 2023 y 2024 en formato online mediante videoconferencia en directo entre las profesionales de Fad Juventud y el usuario. Todos los usuarios firmaron el correspondiente Consentimiento Informado para participar en el Protocolo.

Análisis de Datos

Una vez finalizada su aplicación, se realizó un estudio de la eficacia de la intervención en los participantes que asistieron a las sesiones del Protocolo completo: realización de la evaluación de cribado, evaluación pretratamiento, intervención y evaluación postratamiento. Para ello, se consideraron las características personales proporcionadas por Fad Juventud: sociodemográficas (edad, sexo biológico), asistenciales (recibir terapia paralela, derivación a otro recurso) y puntuaciones obtenidas en las evaluaciones.

Se utilizaron medias y desviaciones típicas para describir las variables cuantitativas, y frecuencia de casos para las cualitativas. Las diferencias entre las puntuaciones pre y postratamiento se estudiaron mediante pruebas *t* para dos muestras relacionadas y se calculó el tamaño del efecto mediante la *d* de Cohen (0,2 efecto pequeño; 0,5 mediano; > 0,8 grande) si se pudo asumir normalidad. Si no se pudo asumir normalidad, se realizaron diferencias de medias no paramétricas mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon calculando el estadístico estandarizado *Z* y el tamaño del efecto mediante el estadístico *r* de Pearson (10 efecto pequeño; 30 mediano; > ,50 grande).

Posteriormente, se estudiaron las puntuaciones de cambio, restando la puntuación postratamiento a la puntuación del cribado o pretratamiento. Se interpretaron según su signo: si tenían signo positivo, se consideraba que en el postratamiento hubo ganancia de síntomas y si tenían signo negativo, representaba una reducción de síntomas postratamiento. También se investigó si los cambios en variables clínicas (síntomas de depresión y ansiedad, nivel de estrés e ideación suicida) se relacionaban con variables del propio usuario (sexo biológico y edad) y de la intervención (sesiones a las que se asistió) mediante modelos de análisis de regresión lineal. Se usó el índice de información de Akaike (*Akaike information criterion*, AIC) para estudiar si el modelo con los predictores explicaba mayor parte de la varianza de la variable dependiente que el modelo nulo. El modelo con menor valor del AIC sería el que aportase mayor explicación de la varianza de la variable dependiente. Previamente, se comprobaron los supuestos de aplicación de la regresión lineal (normalidad de los residuos, independencia de

Tabla 4

Relación de Módulos y sus Contenidos (Técnicas y Tareas Propuestas)

Módulo	Contenidos
Módulo 1	Acogida. Métrofa de los dos escaladores (Wilson y Luciano, 2002). Enquadre terapéutico (explicación de intervenciones, naturaleza y limitaciones de la intervención). Exploración de valores en las diferentes áreas de la vida del individuo (Páez-Blarrina et al., 2006). Métrofa del jardín (Wilson y Luciano, 2002). Identificación de obstáculos para llevar vida alineada con valores. Aceptación de eventos privados desagradables como parte de la experiencia. Señalización de resultados improductivos por evitar eventos privados desagradables (no evitación de malestar y alejamiento de valores).
Módulo 2	Revisión tareas para casa. Métrofa mensajero emocional. Psicoeducación tristeza, trastorno de depresión y síntomas, patrón pensamiento-desesperanza-evitación y relación pensamiento-emoción-conducta (American Psychiatric Association, 2022 ; Barlow, 2002 ; Beck, 2005). Identificación relación pensamiento-emoción-conducta y conducta como elemento rompedor del círculo (Beck, 2005). Psicoeducación evitación como estrategia rígida poco adaptativa para regular emociones: identificación otras estrategias de regulación emocional, reflexión sobre aspectos positivos, negativos y grado de adaptación de cada estrategia. Métrofa del hombre en campo de hoyos (Wilson y Luciano, 2002).
Módulo 3	Revisión tareas para casa. Psicoeducación síntomas de ansiedad. Psicoeducación ansiedad cognitiva como intento infructuoso de solución del problema y estrategia evitativa que conlleva otros problemas (Borkovec e Inz, 1990 ; Luciano et al., 2006 ; Meyer et al., 1990 ; Sandín et al., 2020b). Entrenamiento del control de activación: respiración diafragmática y relajación muscular como estrategias de regulación fisiológica (Labrador et al., 2014). Parada del pensamiento (Labrador et al., 2014). Concreción acciones específicas para alcanzar metas alineadas a valores personales.
Módulo 4	Revisión tareas para casa. Psicoeducación emociones y regulación emocional (American Psychiatric Association, 2022 ; Barlow, 2002 ; Gross y Thompson, 2007 ; Hayes et al., 2012 ; Meaney et al., 2016). Semáforo emocional, debate sobre estrategias de regulación emocional y generación de plan conductual para momentos de malestar de intensidad media. Defusión cognitiva. Métrofa del jinete (Wilson y Luciano, 2002).
Módulo 5	Revisión tareas para casa. Psicoeducación estilos de comunicación (Caballo, 1993). Técnicas de resolución de problemas (Méndez et al., 2014a ; D'Zurilla et al., 2004). Ensayos conductuales para implementar habilidades sociales (Caballo e Iruña, 2014). Técnicas específicas: decir no, hacer/rechazar peticiones, habilidades de expresión sobre deseos, emociones desagradables, problemas (Costa y Serrat, 1982).
Módulo 6	Revisión tareas para casa. Desarrollo plan de seguridad (Stanley y Brown, 2012). Psicoeducación conducta suicida como estrategia regulación emocional desadaptativa (American Psychiatric Association, 2022 ; Barlow, 2002 ; Ducasse et al., 2015 ; Kahn et al., 2020 ; Linehan y Wilks, 2015 ; O'Connor y Kirtley, 2018 ; Wilson y Luciano, 2002). Métrofa del autobús (Wilson y Luciano, 2002). Evaluación planificación e historia de conducta suicida. Psicoeducación señales de alarma asociadas a conducta suicida. Defusión cognitiva, generación alternativas conductuales ante ideación suicida y negociación de conductas a realizar.

Tabla 5
Relación de Módulos y sus Tareas Para Casa

Módulo	Tareas para casa
Módulo 1	Identificación metas a medio y largo plazo en áreas vitales importantes y obstáculos para consecución.
Módulo 2	Activación conductual (identificación actividades placenteras, adaptadas a situación y capacidad personal).
Módulo 3	Profundizar en acciones específicas para alcanzar metas: reflexión sobre importancia de dirección valiosa y satisfacción con acciones encaminadas a conseguirla.
Módulo 4	Semáforo emocional y registro conductual.
Módulo 5	Psicoeducación recaídas (Wilson y Luciano, 2002), prevención y manejo.
Módulo 6	Psicoeducación recaídas (Wilson y Luciano, 2002), prevención y manejo.

errores, homocedasticidad de la varianza de los residuos y ausencia de multicolinealidad entre predictores). Por último, se describió la satisfacción con el Protocolo mediante las media de las respuestas de los participantes.

Todos los análisis se realizaron mediante el software R 4.4. para Windows (R Core Team, 2024), y para el cálculo de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon y su tamaño del efecto se utilizó el paquete Coin (Hothorn et al., 2006).

Resultados

166 personas realizaron la evaluación de cribado (edad media = 23,95 años; $DE = 8,12$; 75 % mujeres; 26,19 % tenían terapia paralela; 5 % fueron derivadas); 71 la evaluación pretratamiento (edad media = 23,75; $DE = 4,13$; 77,05 % mujeres; 27,87 % tenían terapia paralela); y 69 alguna sesión del Protocolo (edad media = 23,29; $DE = 4,18$; 72,46 % mujeres; 27,54 % tenían terapia paralela), de las cuales dos no terminaron el tratamiento (2,90 %) y 67 sí lo terminaron (97,10 %). Sin embargo, dado que 41 personas (61,19 %) realizaron todas las evaluaciones y finalizaron el tratamiento, se estudia en ellas la eficacia del mismo.

La muestra que completó todas las fases del protocolo estaba conformada por nueve hombres (21,43 %) y 33 mujeres (78,57 %). 30 personas no tenían terapia paralela (71,43 %), y 12 sí (28,57 %). Ninguna persona fue derivada (0 %). Su edad media fue 23,66 años ($DE = 3,88$), edad mínima 17 años y máxima 29. Realizaron una media de 6,33 sesiones ($DE = 1,1$), realizando un mínimo de una sesión y máximo de ocho.

Diferenciando por sexos, la edad media de las mujeres fue 23,94 ($DE = 3,91$), realizaron una media de 6,21 sesiones (mínimo una sesión, máximo ocho). La edad media de los hombres fue 22,5 ($DE = 3,74$), realizaron una media de 6,78 sesiones, (mínimo seis sesiones, máximo ocho).

Las puntuaciones medias obtenidas en cada variable, diferencias en puntuaciones pretratamiento y postratamiento y el tamaño del efecto de las comparaciones estadísticamente significativas se recogen en la Tabla 6.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de ansiedad, depresión y nivel de estrés pretratamiento y postratamiento. Los síntomas de ansiedad y el nivel de estrés disminuyeron, reduciéndose en un 85 % de los participantes ($n = 34$).

Tabla 6
Puntuaciones Obtenidas y Comparaciones Pre y Postratamiento

Variable	M-Pre	DE-Pre	M-Post	DE-Post	Estadístico	Tamaño efecto
Síntomas ansiedad	11,90	3,27	9,33	3,00	$Z = 4,40$ $p < ,001$	$r = 0,73^{***}$
Síntomas depresión	11,35	2,82	13,33	1,97	$t = -4,74$; $gl = 39$; $p < ,001$	$d = -0,75^{**}$; $IC = [-1,10, -0,39]$
Nivel de estrés	24,23	4,18	18,64	4,30	$t = 7,86$; $gl = 39$; $p < ,001$	$d = 1,24^{***}$; $IC = [0,82, 1,65]$
Regulación emocional						
Acceso limitado	19,83	5,58	16,33	6,60	$Z = 3,17$; $p < ,001$	$r = 0,51^{***}$
Falta conocimiento	17,60	4,66	15,17	4,29	$Z = 3,01$; $p < ,001$	$r = 0,49^{**}$
Dificultad control	16,68	5,45	13,48	5,62	$Z = 3,65$; $p < ,001$	$r = 0,62^{***}$
No aceptación	21,15	7,36	16,74	7,14	$Z = 4,02$; $p < ,001$	$r = 0,64^{***}$
Dificultades involucración	17,23	4,42	14,76	4,88	$Z = 3,42$; $p < ,001$	$r = 0,60^{***}$
Falta claridad	14,45	4,01	11,98	4,34	$Z = 3,21$; $p < ,001$	$r = 0,56^{***}$
Solución de problemas						
Orientación positiva	9,05	3,23	11,10	3,64	$Z = -3,61$; $p < ,001$	$r = -0,58^{***}$
Orientación negativa	11,48	4,54	8,71	4,75	$Z = 3,70$; $p < ,001$	$r = 0,62^{***}$
Solución racional	10,30	4,03	11,33	4,02	$t = -1,94$; $gl = 39$; $p < ,05$	$d = -0,26^{*}$; $IC = [-0,69, 0,18]$
Estilo impulsivo	4,68	4,14	4,57	4,41	$Z = -0,27$; $p = ,79$	
Estilo evitativo	6,93	5,24	5,26	4,80	$Z = 2,38$; $p < ,05$	$r = 0,39^{**}$
Consumo alcohol	3,76	3,27	4,13	3,70	$Z = 1,13$; $p = ,26$	
Consumo cannabis	6,00	6,32	1,25	2,50	$Z = 1,39$; $p = ,17$	
Consumo tabaco	1,71	2,75	1,83	2,79	$Z = 0,00$; $p = 1$	
Ideación suicida	1,92	1,83	0,93	1,35	$Z = 3,55$; $p < ,001$	$r = 0,72^{***}$

Nota: M-Pre = Puntuación media pretratamiento; DE-Pre = Desviación estándar pretratamiento; M-Post = Puntuación media postratamiento; DE-Post = Desviación estándar postratamiento; Z = estadístico Z estandarizado en prueba de rangos con signo de Wilcoxon; r = estadístico r de Pearson; t = estadístico prueba t Student; gl = grados libertad asociados a prueba t; d = estadístico d de Cohen; IC = intervalo de confianza al 95%; * = tamaño efecto pequeño; ** = tamaño efecto moderado; *** = tamaño efecto grande.

Los síntomas de depresión aumentaron, aunque se redujeron en un 35 % de los participantes ($n = 14$). Se observan diferencias entre los usuarios que disminuyeron la sintomatología depresiva ($M = -3,53$ síntomas, $DE = 2,78$), con los que la mantuvieron o aumentaron ($M = 1,67$ síntomas, $DE = 1,03$). Los usuarios que no redujeron síntomas de depresión postratamiento mostraron niveles de síntomas de depresión significativamente mayores en el cribado que los que sí redujeron síntomas (no redujeron síntomas: $M = 13,43$ síntomas, $DE = 2,59$; sí redujeron síntomas

$M = 10,23$ síntomas, $DE = 2,27$; $t(23,81) = 3,88$, $p < ,01$). El 92,86 % de usuarios que no disminuyeron los síntomas de depresión mostraba un nivel de síntomas de 11 o más (puntuaciones clínicas), mientras que el 50 % de aquellos que disminuyeron sus síntomas de depresión, presentaban unos niveles clínicos de depresión en el cribado. Dichas proporciones de casos fueron significativamente distintas, $\chi^2(1) = 5,58$, $p < ,02$. Aquellos usuarios que partían de puntuaciones clínicas de depresión en el cribado (iguales o superiores a 11) mostraban mismos niveles de síntomas postratamiento o incremento de la sintomatología (algunos casos, incremento de hasta seis puntos), siendo el valor medio de la distribución 4,5 síntomas. Sin embargo, en usuarios con puntuación no clínica en el cribado, el rango iba desde -3 síntomas en el postratamiento hasta 5, observándose que en la mitad de los usuarios solo se alcanzaba el valor de 0,5.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de todas las subescalas de regulación emocional, mostrándose menores dificultades en la regulación emocional tras la intervención.

Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en todas las subescalas de solución de problemas, a excepción del estilo impulsivo/desatento. Se observó un aumento de puntuaciones en la subescala de orientación positiva hacia el problema y utilización de estrategias de solución racional, y una disminución de las puntuaciones en la orientación negativa hacia el problema, estilo impulsivo y evitativo en la resolución de problemas.

Las puntuaciones medias de alcohol y tabaco aumentaron postratamiento, mientras en consumo de cannabis disminuyeron, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Por último, las puntuaciones en ideación suicida pre y postratamiento fueron significativamente diferentes, menores tras la intervención.

Dado que algunos participantes estaban recibiendo terapia psicológica paralela, se aplicó el test U de Mann-Whitney (dados los bajos tamaños muestrales) para comparar las puntuaciones postratamiento de los participantes. Solo se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en el estilo impulsivo de resolución de problemas, $W = 98$, $p = ,02$, con puntuaciones mayores de uso de este estilo en los participantes sin intervención psicológica paralela ($M = 5,37$, $DT = 4,57$), en comparación con los que tenían ($M = 2,58$, $DE = 3,34$). Para el estudio de los cambios pre y postratamiento en esta variable, se realizó el análisis de la covarianza controlando por tener o no intervención psicológica paralela, observándose ausencia de efecto del momento temporal ($F(1, 100) = 1,93$, $p = ,17$).

Posteriormente, se llevaron a cabo modelos de regresión para explicar los cambios en las puntuaciones de las variables clínicas. El análisis de supuestos confirmó la satisfacción de las condiciones de aplicación de la regresión lineal, al observarse ausencia de autocorrelación entre los errores (test de Durbin-Watson con valores entre $DW = 1,56$, $p = ,16$, para puntuaciones de cambio en ansiedad; $DW = 1,92$, $p = ,82$, en ideación suicida), normalidad de los residuos de la variable dependiente (test de Shapiro-Wilk entre $W = 0,95$, $p = ,08$, para puntuaciones de cambio en depresión; $W = 0,99$, $p = ,94$, en estrés), homocedasticidad de la varianza de los residuos (test de Breusch-Pagan con valores entre $BP = 1,80$, $gl = 3$, $p = ,61$, para puntuaciones de cambio en ansiedad; $BP = 4,59$, $gl = 3$, $p = 0,20$, en ideación suicida) y ausencia de multicolinealidad entre predictores (factor de inflación de la varianza, FIV , entre 1,03, para la edad; y 1,06, para

la variable de sesiones administradas). El análisis de predictores reveló que ninguno de los predictores analizados explicaban los cambios en síntomas de ansiedad de los usuarios (AIC del modelo con predictores = 195,92; AIC del modelo nulo = 194,04), ni la reducción del nivel de estrés (AIC del modelo con predictores = 237,78; AIC del modelo nulo = 209,37). Si se encontró un modelo de regresión significativo para síntomas de depresión (AIC del modelo con predictores = 208,16; AIC del modelo nulo = 209,37) e ideación suicida (AIC del modelo con predictores = 146,54; AIC del modelo nulo = 148,13). En estos casos, el número de sesiones se asoció de forma significativa con menor reducción de síntomas depresivos en el postratamiento, $b = 1,19$, error estándar = 0,94, $t = 2,39$, $p < 0,02$. Ningún predictor resultó significativo para explicar la ideación suicida.

La evaluación de los participantes del Protocolo mostró alta satisfacción con el mismo (92,93 sobre 100); con las profesionales de Fad Juventud (4,98 sobre 5); valoración de mejora en comparación con estado inicial: 4,30 sobre 5; mejora de conocimientos sobre regulación emocional: 4,52 sobre 5; aplicabilidad del Protocolo en la vida diaria: 4,65 sobre 5; y 60,78 % participantes el valoraron Protocolo como corto y 39,13 % adecuado.

Discusión

Este estudio tenía como objetivo describir el Protocolo desarrollado por la Fundación Fad Juventud y la Universidad Complutense de Madrid y estudiar su eficacia para la disminución de síntomas y adquisición de habilidades en los usuarios de Fad Juventud.

El Protocolo parece eficaz en la reducción de los niveles de ansiedad, nivel de estrés, dificultades en la regulación emocional, orientación negativa hacia el problema, estilo evitativo en la resolución de problemas e ideación suicida, aumentando las puntuaciones en orientación positiva hacia el problema y solución racional de problemas. Específicamente, las diferencias estadísticamente significativas pre y postratamiento han mostrado un tamaño del efecto grande en los niveles de ansiedad y estrés, seis subescalas de regulación emocional, orientación positiva y negativa en la resolución de problemas e ideación suicida. Estas diferencias sugieren la eficacia de la intervención para mejorar tales variables de salud mental en jóvenes mediante esta intervención telemática, estructurada y breve. Sin embargo, la aplicación del Protocolo no ha arrojado los mismos resultados positivos en la sintomatología depresiva, consumo ni resolución impulsiva de problemas.

Considerando las variables en las que la aplicación del Protocolo ha generado diferencias significativas, la aplicación de este Protocolo permitiría una consecución de mejoras sintomatológicas y un aumento de las habilidades personales que permitirían a las personas una adaptación más funcional y flexible a sus contextos. Además, su corta duración y accesibilidad, permitirían el acceso potencial de numerosas personas a estos tratamientos, pudiendo generar una mejora de su bienestar. Los resultados son afines a los obtenidos en otros protocolos transdiagnósticos breves en población joven (Dimitropoulos et al., 2023), con tamaños del efecto similares en las diferencias pre y postratamiento en síntomas de ansiedad tras aplicar una intervención transdiagnóstica cognitivo-conductual (García-Escalera et al., 2017), apoyando su eficacia y pertinencia en esta población.

Por otro lado, es necesario considerar el incremento de sintomatología depresiva postratamiento en un porcentaje importante de usuarios, observándose claras diferencias entre los usuarios que disminuyeron la sintomatología depresiva con aquellos que la mantuvieron o aumentaron: los usuarios que no redujeron síntomas de depresión tenían niveles de síntomas mayores en el cribado que los que sí los redujeron. Los usuarios que partían de puntuaciones clínicas de depresión en el cribado mostraron iguales síntomas en el postratamiento o incrementaron la sintomatología, mientras que los usuarios con puntuación no clínica en el cribado mostraron un incremento medio de 0,5 síntomas de depresión. Es por ello, que no se recomienda el uso de este protocolo para jóvenes con niveles moderados o mayores de síntomas depresivos. Sin embargo, en los que disminuyen sintomatología, esta decrece una media de 3,53 síntomas ($DE = 2,78$), pudiendo reflejar un efecto considerable de la intervención en los usuarios en los que funciona, disminuyendo en estos la sintomatología depresiva, aunque otros usuarios aumenten sus síntomas.

A este respecto, se requiere analizar de forma más clara y concienzuda posibles factores relacionados con este incremento de sintomatología depresiva. Es necesario considerar que los usuarios que no redujeron síntomas depresivos fueron los que tenían mayores niveles de síntomas depresivos en línea base; de hecho, más del 90 % de usuarios que no disminuyeron dichos síntomas postratamiento, tenían puntuaciones clínicas en el cribado. Los resultados de los modelos de regresión también siguieron esta tendencia, observando que a mayor número de sesiones asistidas, mayor aumento de síntomas depresivos en estos usuarios. Existen estudios que destacan incrementos de síntomas depresivos en usuarios de tratamiento psicológico (Saunders et al., 2019; Wiles et al., 2013). Estos resultados implicarían la necesidad de fortalecer el módulo específico de síntomas depresivos, cuando estos alcancen una gravedad clínica sustancial. En base a ello, profundizar en factores de personalidad, alianza terapéutica, contexto familiar, etc. podría facilitar una identificación más precisa del perfil de usuario que se beneficiaría de participar en este Protocolo cuando existen síntomas depresivos en niveles clínicos.

El Protocolo tampoco se ha mostrado eficaz en la disminución de conductas relacionadas con el consumo de sustancias ni en la resolución impulsiva de problemas. Ello podría cuestionar la eficacia del Protocolo en el abordaje de la impulsividad. Mayor impulsividad se ha relacionado consistentemente con el consumo de sustancias, situándose como importante factor de riesgo (Koob y Volkow, 2010; Pedrero, 2009; Pérez Fuentes et al., 2015) y como rasgo de personalidad (Eysenck y Eysenck, 1978) que puede generar disfunciones en los circuitos corticoestriales asociados, tanto previos al consumo como inducidos por el consumo de drogas (Dalley et al., 2011).

Considerando estas implicaciones, resulta congruente que el Protocolo no haya mostrado eficacia mediante diferencias pre y postratamiento en las variables relacionadas con la impulsividad considerando su enfoque breve. La terapia dialéctico-conductual (Linehan, 1993) ha mostrado eficacia en la disminución de conductas impulsivas, asociándose mayor duración a mayor reducción de sintomatología externalizante en jóvenes (Jakubovic y Drabick, 2023). También se ha mostrado eficaz interviniendo en abuso de sustancias (Dimeff y Linehan, 2008; Linehan et al., 1999), pero, resultados de meta-análisis han corroborado su efectividad

examinando estudios que realizaron de ocho a 52 sesiones (Haktanir y Callender, 2020). Todo ello puede sugerir que la mejora de las conductas impulsivas requiere de un formato diferente, probablemente más específico, largo y sostenido en el tiempo que el incluido en este Protocolo.

Por último, cabe destacar la alta valoración del Protocolo por parte de los usuarios, enfatizando su buena aceptación según las valoraciones subjetivas de su aplicación, duración, contenido, impacto y metodología, y de su eficacia y efectividad. Asimismo, cabe destacar la continuidad de la asistencia de las personas que comenzaron la intervención, finalizándola el 97,10 % de las personas que realizaron alguna sesión, pudiendo indicar buena acogida y adherencia una vez iniciada esta.

Limitaciones

A pesar de la eficacia del Protocolo, cabe señalar una serie de limitaciones. En primer lugar, el tamaño muestral es reducido. En segundo lugar, este Protocolo fue desarrollado para atender estructuradamente las demandas de los usuarios de Fad Juventud, sin contemplar la inclusión de un grupo control que no recibiera tratamiento o recibiera tratamiento habitual. Por ello, es esencial considerar la imposibilidad de comparar los efectos de la intervención y el efecto de otras variables de forma certera, y los resultados obtenidos deben ser interpretados con cautela. Futuras aplicaciones deben considerar la inclusión de un grupo control para poder establecer la eficacia del presente Protocolo con mayor rotundidad. Además, el 28,57 % de los participantes tenían terapia paralela, y no pueden descartarse efectos de dicha terapia en los cambios en sus puntuaciones. No se recogió información sobre el tratamiento farmacológico que podían estar recibiendo los participantes, por lo que los resultados actuales no recogen el posible efecto del mismo en los cambios en las puntuaciones, y un potencial efecto de la farmacología en los cambios observados debe considerarse en la interpretación de los resultados. Por último, cabe considerar que aunque el 97,10 % de los usuarios finalizaron la intervención propuesta, solamente el 61,19 % realizó la evaluación postratamiento. En el futuro, aunque la adherencia a la intervención parece muy elevada, se recomienda implantar alguna medida para favorecerla también sobre las evaluaciones, para conocer de forma más certera el alcance de las intervenciones realizadas. Futuras implementaciones del Protocolo deben considerar estos aspectos.

Conclusiones

El Protocolo desarrollado por Fundación Fad Juventud y la Universidad Complutense de Madrid supone una intervención telemática, estructurada y breve que se muestra eficaz en la mejora de problemáticas relacionadas con la salud mental, específicamente ansiedad y estrés, en seis subescalas de regulación emocional y en una mayor orientación positiva y menor orientación negativa en la resolución de problemas e ideación suicida. Este Protocolo parece favorecer la mejora de sintomatología clínica y el desarrollo de habilidades funcionales como la regulación emocional y la resolución de problemas, mostrando buena aceptación y valoración de los usuarios participantes. Su corta duración y su accesibilidad al realizarse exclusivamente online, permitirían un mayor acceso a estos tratamientos, mostrando un gran potencial para mejorar la salud mental de los jóvenes.

Conflicto de Interés

Los autores no tienen conflictos de interés.

Declaración de Autoría

P.d-I-H-G.: conceptualización, curación de datos, análisis formal, metodología, redacción –borrador original, redacción–revisión y edición. **P.B-A.:** investigación. **T.C-E.:** investigación. **R.P-B.:** investigación. **E.P-A.:** investigación. **A.M-Q:** investigación. **B.L-S.:** investigación. **A.S-G.:** investigación. **J.C-M:** investigación. **S.N-H:** investigación. **M.G-L:** investigación. **A.d-I-T-L.:** conceptualización, curación de datos, análisis formal, metodología, supervisión, redacción –borrador original, redacción–revisión y edición.

Financiación

Este proyecto fue financiado por Fad Juventud con fondos propios y por IRPF ESTATAL 2022 (101/2022/217/1/Servicio Integral de Orientación Familiar (SIOF). Programa multicanal de atención, prevención y promoción sociosanitaria de familias con necesidades especiales de apoyo o en situaciones de riesgo que puedan generar deterioro en su bienestar).

Referencias

- American Psychiatric Association (2020a). *Patients with depression and anxiety surge as psychologists respond to the coronavirus pandemic*. <https://www.apa.org/news/press/releases/2020/11/telehealth-survey-summary.pdf>
- American Psychiatric Association (2020b). *The American Psychological Association's COVID-19 telehealth practitioner survey*. <https://www.apa.org/news/press/releases/2020/11/telehealth-survey-summary.pdf>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Andersson, G., Topooco, N., Havik, O., y Nordgreen, T. (2016). Internet-supported versus face-to-face cognitive behavior therapy for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 16(1), 55–60. <https://doi.org/10.1586/14737175.2015.1125783>
- Andersson, G., Titov, N., Dear, B. F., Rozental, A., y Carlbring, P. (2019). Internet-delivered psychological treatments: from innovation to implementation. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 18(1), 20–28. <https://doi.org/10.1002/wps.20610>
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., y Shapira, N.A. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26, 109–160. <https://dx.doi.org/10.1080/15228830802094429>
- Barak, A., Klein, B., y Proudfoot, J. G. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(1), 4–17. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9130-7>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Barraca, J. (2007). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo. *Miscelánea Comillas*, 65(127), 761–781. <https://revistas.comillas.edu/index.php/miscelaneacomillas/article/view/7351>
- Batten, S. V., Orsillo, S. M., y Walser, R. D. (2005). Acceptance and mindfulness-based approaches to the treatment of posttraumatic stress disorder. In S. M. Orsillo y L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 241–269). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/0-387-25989-9_10
- Beck, A. T. (1978). *Cognitive therapy and the emotional disorders* (2nd. pr). International Universities Press.
- Beck, J. (2005). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Gedisa.
- Becoña, E., y Vázquez, F. L. (1998). The fagerström test for nicotine dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports*, 83(3), 1455–1458. <https://doi.org/10.2466/pr0.1998.83.3f.1455>
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones [Proposals for a transdiagnostic perspective of mental and behavioural disorders: Evidence, usefulness, and limitations]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 295–311. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11845>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research y Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Borkovec, T. D., y Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: a predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, 28(2), 153–158. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90027-g](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90027-g)
- Brown, T. A., y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256–271. <https://doi.org/10.1037/a0016608>
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo XXI
- Caballo, V. E., e Iurria, M. J. (2014). Entrenamiento en habilidades sociales. En F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (3ª ed., pp. 573–591). Pirámide.
- Carlucci, L., Saggino, A., y Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 87, 101999. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999>
- Cludius, B., Mennin, D., y Ehring, T. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion*, 20(1), 37–42. <https://doi.org/10.1037/emo0000646>
- Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Contel Guillaumon, M., Gual Solé, A., y Colom Farran, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*, 11(4), 337–347. <https://doi.org/10.20882/adicciones.613>
- Costa, M., y Serrat, C. (1982). *Terapia de parejas* (pp. 72–121). Alianza.
- Cuenca-Royo, A. M., Sánchez-Niubó, A., Forero, C. G., Torrens, M., Suelves, J. M., y Domingo-Salvany, A. (2012). Psychometric properties of the CAST and SDS scales in young adult cannabis users. *Addictive Behaviors*, 37(6), 709–715. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.02.012>
- Cuijpers, P., Kleiboer, A., Karyotaki, E., y Riper, H. (2017). Internet and mobile interventions for depression: Opportunities and challenges. *Depression and Anxiety*, 34(7), 596–602. <https://doi.org/10.1002/da.22641>

- Curran, J. P. (1985). Social skills therapy: a model and a treatment, en R. M. Turner y L. M. Ascher (Eds.). *Evaluating behavior therapy outcome*. Springer
- Dalley, J. W., Everitt, B. J., y Robbins, T. W. (2011). Impulsivity, compulsivity, and top-down cognitive control. *Neuron*, 69(4), 680–694. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2011.01.020>
- de la Torre-Luque, A., Borges, G., Benjet, C., Orozco, R., Medina-Mora, M. E., y Ayuso-Mateos, J. L. (2023a). Diagnostic profiles in adolescence and emerging adulthood: Transition patterns and risk factors. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*, 16(1), 42–50. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.01.002>
- de la Torre-Luque, A., Estupiñá, F., Pemau, A., y Prata, J. (2023b). Estrategias generales de prevención de la conducta suicida. En E. Fonseca y S. Al-Halabi (Coords.), *Manual de Psicología de la Conducta Suicida* (pp. 173–198). Pirámide.
- de la Torre, M., y Pardo, R. (2018). *Guía para la Intervención Telepsicológica*. https://www.psicociencias.org/pdf_recursos/guia_intervencion_telepsicologica.pdf
- Dimeff, L. A., y Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science y Clinical Practice*, 4(2), 39–47. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2797106/pdf/asp-04-2-39.pdf>
- Dimitropoulos, G., Lindenbach, D., Rowbotham, M., Devoe, D. J., Richardson, A., Mogan, T., Patten, S. B., Ehrenreich-May, J., y Arnold, P. D. (2023). Feasibility and acceptability of a brief, online transdiagnostic psychotherapy for young adults. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(2), 111–125. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10168613/pdf/ccap32_p0111.pdf
- Ducasse, D., Courtet, P., Sénèque, M., Genty, C., Picot, M.-C., Schwan, R., y Olié, E. (2015). Effectiveness of the first french psychoeducational program on unipolar depression: Study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15, 9. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0667-7>
- D’Zurilla, T. J., Nezu, A. M., y Maydeu-Olivares, T. (2002). *Social problem-solving inventory revised (SPSI-R): Technical manual* (pp. 67-71). Multi-Health Systems
- D’Zurilla, T. J., Nezu, A. M., y Maydeu-Olivares, A. (2004). Social problem solving: Theory and assessment. En E. C. Chang, T. J. D’Zurilla y L. J. Sanna (Eds.). *Social problem solving: Theory, research, and training* (pp. 11-27). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10805-000>
- D’Zurilla, T. J., y Nezu, A. M. (1990). Development and preliminary evaluation of the social problem-solving inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 156–163. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.2.2.156>
- Etkin, A., Büchel, C., y Gross, J. J. (2015). The neural bases of emotion regulation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(11), 693–700. <https://doi.org/10.1038/nrn4044>
- Eysenck, S. B. G., y Eysenck, H. J. (1978). Impulsiveness and venturesomeness: Their position in a dimensional system of personality description. *Psychological Reports*, 43(3), 1247–1255.
- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez, L., Aritio, A., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, A., Lucas-Molinae, B., Domínguez, C., Fonseca, D., Espinosa, V., Gorriá, A., Urbiola-Merina, E., Fernández, M., Merina Díaz, C., Gutiérrez, C., Aures, M., Campos, M. S., Domínguez-Garrido, E., y Pérez de Albéniz, A. (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11, 76-85.
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., y Sandín, B. (2017). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 147–175. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17811>
- Goldberg, X., Castañó-Vinyals, G., Espinosa, A., Carreras, A., Liutsko, L., Sicuri, E., Foraster, M., O’Callaghan-Gordo, C., Dadvand, P., Moncunill, G., Dobaño, C., Cortés, B., Pleguezuelos, V., Straif, K., García-Aymerich, J., de Cid, R., Cardis, E., y Kogevinas, M. (2022). Mental health and COVID-19 in a general population cohort in Spain (COVICAT study). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(12), 2457–2468. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02303-0>
- Gómez-Simón, I., Penelo, E., y de la Osa, N. (2014). Factor structure and measurement invariance of the Difficulties Emotion Regulation Scale (DERS) in Spanish adolescents. *Psicothema*, 26(3), 401–408. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.324>
- González-Peña, P., Torres, R., del Barrio, V., y Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clinica y Salud*(28), 81-91. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.01.001>
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. A., Saiz, J., y Muñoz, M. (2021). Mental health consequences of the Covid-19 outbreak in Spain. A longitudinal study of the alarm situation and return to the new normality. *Progress in Neuro-Psychopharmacology y Biological Psychiatry*, 107, 110219. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110219>
- Gratz, K. L., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54. <http://dx.doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J., y Thompson, R. A. (2007). *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). Guilford Publications.
- Haktanir, A., y Callender, K. (2020). Meta-analysis of dialectical behavior therapy (DBT) for treating substance use. *Research on Education and Psychology (REP)*, 4(Special Issue), 74-87. https://epublications.marquette.edu/edu_fac/598/?utm_source=epublications.marquette.edu%2Fedu_fac%2F598&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages
- Hayes, S. C., Pistorello, J., y Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976–1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Heatheron, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., y Fagerström, K. O. (1991). The fagerström test for nicotine dependence: A revision of the fagerström tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119–1127. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
- Herrero, M. J., Blanch, J., Peri, J. M., De Pablo, J., Pintor, L., y Bulbena, A. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25(4), 277–283. [https://doi.org/10.1016/s0163-8343\(03\)00043-4](https://doi.org/10.1016/s0163-8343(03)00043-4)
- Hothorn, T., Hornik, K., van de Wiel, M. A., y Zeileis, A. (2006). “A Lego system for conditional inference.” *The American Statistician*, 60(3), 257–263. <https://doi.org/10.1198/000313006X118430>
- Hull, T. D., Malgaroli, M., Connolly, P. S., Feuerstein, S., y Simon, N. M. (2020). Two-way messaging therapy for depression and anxiety: longitudinal response trajectories. *BMC Psychiatry*, 20(1), 297. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02721-x>
- Hyler, S. E., Gangure, D. P., y Batchelder, S. T. (2005). Can telepsychiatry replace in-person psychiatric assessments? A review and meta-analysis of comparison studies. *CNS Spectrums*, 10(5), 403–413. <https://doi.org/10.1017/s109285290002277x>

- Jakubovic, R. J., y Drabick, D. A. G. (2023). Dialectical behavior therapy-based interventions for externalizing problems among adolescents: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 30(3), 251–263. <https://doi.org/10.1037/cps0000140>
- Kahn, J. P., Cohen, R. F., Tubiana, A., Legrand, K., Wasserman, C., Carli, V., Apter, A., Balazs, J., Banzer, R., Baralla, F., Barzilai, S., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Guillemin, F., Haring, C., Kaess, M., Bitenc, U. M., ..., y Wasserman, D. (2020). Influence of coping strategies on the efficacy of YAM (Youth Aware of Mental Health): a universal school-based suicide preventive program. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 29(12), 1671–1681. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01476-w>
- Koob, G. F., y Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217–238. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.110>
- Labrador, F. J. (2014). Técnicas de control de la activación. En F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (3ª ed., pp. 199–222). Pirámide
- Legleye, S., Karila, L., Beck, F., y Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use*, 12, 233–242. <http://dx.doi.org/10.1080/14659890701476532>
- Lin, T., Heckman, T. G., y Anderson, T. (2022). The efficacy of synchronous teletherapy versus in-person therapy: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 29(2), 167–178. <https://doi.org/10.1037/cps0000056>
- Linn, A. J., Vervloet, M., van Dijk, L., Smit, E. G., y Van Weert, J. C. (2011). Effects of eHealth interventions on medication adherence: A systematic review of the literature. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4): e103. <https://doi.org/10.2196/jmir.1738>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M., y Wilks, C. R. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 97–110. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97>
- Linehan, M. M., Schmidt, H., 3rd, Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., y Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions*, 8(4), 279–292. <https://doi.org/10.1080/105504999305686>
- Luciano, C., Rodríguez, M., y Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(1), 377–394. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56040211.pdf>
- Luciano, C., Valdivia, S., y Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Edupsykhe* 5(2), 173–201. <https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v5i2.3782>
- Mavandadi, S., Benson, A., DiFilippo, S., Streim, J. E., y Oslin, D. (2015). A telephone-based program to provide symptom monitoring alone vs symptom monitoring plus care management for late-life depression and anxiety: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72(12), 1211–1218. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2157>
- Maydeu-Olivares, A., Rodríguez-Fornells, A., Gómez-Benito, J., y D’Zurilla, T. J. (2000). Psychometric properties of the Spanish adaptation of the Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R). *Personality and Individual Differences*, 29(4), 699–708. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00226-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00226-3)
- Meaney, R., Hasking, P., y Reupert, A. (2016). Borderline personality disorder symptoms in college students: The complex interplay between alexithymia, emotional dysregulation and rumination. *PloS One*, 11(6), e0157294. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157294>
- Meda, N., Pardini, S., Slongo, I., Bodini, L., Zordan, M. A., Rigobello, P., Visioli, F., y Novara, C. (2021). Students’ mental health problems before, during, and after COVID-19 lockdown in Italy. *Journal of Psychiatric Research*, 134, 69–77. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.045>
- Méndez, F. X., Olivares, J., y Abásolo, F. (2014a). Técnicas de resolución de problemas. En F. X. Méndez y J. Olivares (Eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (4ª ed., pp. 484–531). Biblioteca Nueva.
- Méndez, F. X., Olivares, J., y Ros, M. C. (2014b). Entrenamiento en habilidades sociales. En F. X. Méndez y J. Olivares (Eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (4ª ed., pp. 336–369). Biblioteca Nueva.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487–495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Monistrol-Mula, A., Felez-Nobrega, M., Moneta, M. V., Condominas, E., Vilagut, G., Martín-Iñigo, L., Domènech-Abella, J., Sánchez-Niubó, A., Mortier, P., Cristóbal-Narváez, P., Olaya, B., Alonso, J., y Haro, J. M. (2022). Mental health symptoms 1 year after the COVID-19 outbreak in Spain: The role of pre-existing mental disorders and their type. *Journal of Affective Disorders*, 318, 22–28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.08.127>
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press.
- O’Connor, R. C., y Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754). <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia*. https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S., y Luciano-Soriano, C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1–20. https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/38011/PaezBlarrina_ACT.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., y Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *The British Journal of Psychiatry*, 214, 460–469. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.124.5.460>
- Pedrero, E. J. (2009). Evaluación de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias mediante el inventario Dickman. *Psicothema*, 21(4), 585–591. <https://www.psicothema.com/pdf/3675.pdf>
- Pemau, A., Diaz-Carracedo, P., Lopez-Soto, T., Fernandez-Rodriguez, V., y de la Torre-Luque, A. (2022). The price of perfection: The link between perfectionism and suicidal behavior. En J. González-Hernández y A. J. Muñoz-Villena (Eds.), *Looking for a perfect world. Empirical and applied lines* (pp. 95–124). Nova Science Publishers, Inc. <https://doi.org/10.52305/KOYM9040>
- Pérez Fuentes, M. C., Gázquez Linares, J. J., Molero Jurado, M. d. C., Cardila Fernández, F., Martos Martínez, Á., Barragán Martín, A. B., Garzón Fernández, A., Carrión Martínez, J. J., y Mercader Rubio, I. (2015). Impulsividad y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes.

- European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(3). <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v5i3.139>
- R Core Team (2024). *R: A language and environment for statistical computing* (4.4. version) [Computer software]. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/>
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a european spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93. <http://dx.doi.org/10.1017/S1138741600006004>
- Rojas, S. M., Carter, S. P., McGinn, M. M., y Reger, M. A. (2020). A review of telemental health as a modality to deliver suicide-specific interventions for rural populations. *Telemedicine Journal and e-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 26(6), 700-709. <https://doi.org/10.1089/tmj.2019.0083>
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption--II. *Addiction*, 88(6), 791-804. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>
- Saunders, R., Buckman, J. E. J., Cape, J., Fearon, P., Leibowitz, J., y Pilling, S. (2019). Trajectories of depression and anxiety symptom change during psychological therapy. *Journal of Affective Disorders*, 249, 327-335. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.043>
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. M. (2020a). Psicopatología de la ansiedad y trastornos de ansiedad: hacia un enfoque transdiagnóstico. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (3ª ed., pp. 35-76). McGraw Hill.
- Sandín, B., Valiente, R. M., y Chorot, P. (2020b). Trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (3ª ed., pp. 35-76). McGraw Hill.
- Seidel, R. W., y Kilgus, M. D. (2014). Agreement between telepsychiatry assessment and face-to-face assessment for emergency department psychiatry patients. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 20(2), 59-62. <https://doi.org/10.1177/1357633X13519902>
- Sheppes, G., Suri, G., y Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 379-405. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739>
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Medvedev, O. N., Hwang, Y. S., y Myers, R. E. (2021). Real-time telehealth treatment team consultation for self-injury by individuals with autism spectrum disorder. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 5(2), 170-182. <https://doi.org/10.1007/s41252-021-00192-z>
- Stanley, B., y Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256-264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
- Swendsen, J., Burstein, M., Case, B., Conway, K. P., Dierker, L., He, J., y Merikangas, K. R. (2012). Use and abuse of alcohol and illicit drugs in US adolescents: results of the national comorbidity survey-adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69(4), 390-398. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1503>
- Temple, J. R., Baumler, E., Wood, L., Guillot-Wright, S., Torres, E., y Thiel, M. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on adolescent Mental health and substance use. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 71(3), 277-284. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.05.025>
- Wagner, B., Nagl, M., Dölemeyer, R., Klinitzke, G., Steinig, J., Hilbert, A., y Kersting, A. (2016). Randomized controlled trial of an internet-based cognitive-behavioral treatment program for binge-eating disorder. *Behavior Therapy*, 47(4), 500-514. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.01.006>
- Wiles, N., Thomas, L., Abel, A., Ridgway, N., Turner, N., Campbell, J., Garland, A., Hollinghurst, S., Jerrom, B., Kessler, D., Kuyken, W., Morrison, J., Turner, K., Williams, C., Peters, T., y Lewis, G. (2013). Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: results of the CoBaIT randomised controlled trial. *The Lancet*, 381(9864), 375-384. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61552-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61552-9)
- Wilson, K., y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., y McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C., y Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Development and Behavioral Pediatrics*, 27(2), 155-168. <https://doi.org/10.1017/S0954579406060536>
- Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>