



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

EFFECTO DEL PROTOCOLO UNIFICADO PARA EL TRATAMIENTO TRANSDIAGNOSTICO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología con
mención en Psicología Clínica

Autora:

Cahuancama Condo, Sayure Nelly

Asesora:

Mayorga Falcón, Luz Elizabeth

ORCID: 0000-0001-6213-3018

Jurado:

Diaz Hamada, Luis Alberto

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Campana Cruzado, Frey Antonio

Lima - Perú

2024

EFFECTO DEL PROTOCOLO UNIFICADO PARA EL TRATAMIENTO TRANSDIAGNOSTICO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR

INFORME DE ORIGINALIDAD

28%

INDICE DE SIMILITUD

26%

FUENTES DE INTERNET

9%

PUBLICACIONES

14%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.bib.uia.mx Fuente de Internet	2%
2	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	1%
4	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	1%
6	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	revistas.uned.es Fuente de Internet	1%
8	up-rid.up.ac.pa Fuente de Internet	1%



FACULTAD DE PSICOLOGIA

**EFFECTO DEL PROTOCOLO UNIFICADO PARA EL TRATAMIENTO
TRANSDIAGNOSTICO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES EN
ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR**

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con mención en
Psicología Clínica

Autora:

Cahuancama Condo, Sayure Nelly

Asesora:

Mayorga Falcón, Luz Elizabeth

ORCID: 0000-0001-6213-3018

Jurado:

Diaz Hamada, Luis Alberto

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Campana Cruzado, Frey Antonio

Lima - Perú

2024

Dedicatoria

A mis padres, Marcial y Guadalupe por su ejemplo de lucha constante, por el amor y apoyo incondicional, a ustedes mi gratitud eterna.

A mí, por todo lo que pasé y aun así, decidí continuar.

Agradecimientos

A Juan Luis Barrera, por su comprensión, paciencia y consejos durante todo este proceso. Agradecida por tu vida y compañía.

A mis participantes, gracias por confiar en mí y acompañarme hasta culminar el proyecto.

Al departamento de psicología de la Escuela Superior Autónoma de Bellas Artes, por brindarme la confianza de trabajar con sus estudiantes.

A mí querida alma mater, por las experiencias vividas, por las enseñanzas y los amigos (as) que me dejó.

Índice

Resumen	viii
Abstract	ix
I. Introducción	10
1.1. Descripción y formulación del problema	11
1.2. Antecedentes	15
1.3. Objetivos	18
1.3.1. Objetivo general	18
1.3.2. Objetivo específico	18
1.4. Justificación	19
1.5. Hipótesis	19
1.5.1. Hipótesis conceptual	19
1.5.2. Hipótesis de trabajo	20
1.5.3. Hipótesis estadística	20
II. Marco Teórico	21
2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación	21
2.1.1. Ansiedad	21
2.1.2. Depresión	22
2.1.3. Etiología de los trastornos emocionales	23
2.2 Enfoque Transdiagnóstico	27

2.2.1 Protocolo unificado de los trastornos emocionales (PU)	27
III. Método	31
3.1. Tipo de investigación	31
3.2. Ámbito temporal y espacial	31
3.3. Variables	31
3.4. Población y muestra	34
3.4.1. Criterios de inclusión	35
3.4.2. Criterios de exclusión	35
3.5. Instrumentos	36
3.5.1. Cuestionario de salud del paciente – 9 (Patient Health Questionnaire - 9)	36
3.5.2. Escala de medición del desorden de ansiedad generalizada (GAD -7)	37
3.5.3. Ficha sociodemográfica ad hoc	37
3.6. Procedimientos	37
3.7. Análisis de datos	38
3.8. Consideraciones éticas	38
IV. Resultados	40
4.1. Análisis descriptivos	40
4.2. Prueba de normalidad	42
4.3. Comparación de variables dependientes entre fases pre y post tratamiento	43
4.4. Comparación de niveles y puntajes entre fases pre y post tratamiento	43

V. Discusión de resultados	45
VI. Conclusiones	49
VII. Recomendaciones	51
VIII. Referencias	52
IX. Anexos	61

Lista de tablas

Número	Título	Pág.
Tabla 1	Operacionalización por indicadores de depresión	33
Tabla 2	Operacionalización por indicadores de ansiedad generalizada	34
Tabla 3	Variables sociodemográficas de la muestra	34
Tabla 4	Estadísticos descriptivos de un solo grupo en la fase pre y post tratamiento	40
Tabla 5	Prevalencia de los niveles de depresión en pre y post test	41
Tabla 6	Prevalencia de niveles de ansiedad en pre y post test	41
Tabla 7	Prueba de normalidad de shapiro-wilk	42
Tabla 8	Diferencia de medias y tamaño del efecto	43
Tabla 9	Puntajes y niveles individuales para el pre y post test	44

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el efecto del protocolo unificado del tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales (PU) en ansiedad y depresión en estudiantes de educación superior de Lima, utilizando un enfoque cuantitativo pre - experimental de diseño pre - post test en 10 estudiantes con sintomatología ansiosa y depresiva. La intervención estuvo conformada de 8 módulos distribuidos a lo largo de 10 sesiones y se enfocaron en desarrollar habilidades, como: Conciencia de la emoción centrada en el presente, flexibilidad cognitiva, evitación emocional y las conductas impulsadas por emoción (CIE), conocimiento y tolerancia de las sensaciones físicas, exposición interoceptiva y a las emociones, y psicoeducación. Para la evaluación de los síntomas depresivos se aplicó el PHQ-9 y para los síntomas ansiosos se utilizó el GAD-7 tanto para el pre y post test. Los resultados indicaron que la aplicación del PU tuvo un efecto grande ($r > .80$) sobre los síntomas ansiosos y depresivos, generando una reducción significativa entre los puntajes obtenidos entre el pre y post test ($p < .01$) y una reducción en los niveles de severidad de los síntomas.

Palabras clave: Protocolo unificado, enfoque transdiagnóstico, trastornos emocionales, ansiedad, depresión.

Abstract

The present research aimed to determine the effect of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders (UP) on anxiety and depression in higher education students in Lima, using a pre-experimental quantitative approach with a pre-post test design involving 10 students exhibiting anxious and depressive symptomatology. The intervention comprised 8 modules delivered over 10 sessions, focusing on developing skills such as Emotion Awareness focused on the present, cognitive flexibility, emotional avoidance and emotion-driven behaviors (EDB), knowledge and tolerance of physical sensations, interoceptive and emotional exposure, and psychoeducation. The PHQ-9 was used to assess depressive symptoms, while the GAD-7 was utilized for anxious symptoms in both pre and post-tests. The results indicated that the application of the UP had a large effect ($r > .80$) on both anxious and depressive symptoms, leading to a significant reduction in scores between the pre and post-tests ($p < .01$), as well as a decrease in symptom severity levels.

Keywords: Unified protocol, transdiagnostic approach, emotional disorders, anxiety, depression.

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos emocionales, como la ansiedad y depresión, presentan una alta prevalencia en la población en general afectando diferentes áreas del funcionamiento de las personas.

Sin embargo, lo que ha llamado la atención de los investigadores, desde hace un tiempo atrás es la forma en cómo se relacionan los trastornos de ansiedad y depresión. Es usual encontrar pacientes jóvenes con más de un trastorno de ansiedad (p.e. ansiedad social y ansiedad generalizada), acompañado con un trastorno depresivo. Frente a esta situación, la intervención tradicional, consiste en aplicar un protocolo específico para cada diagnóstico de ansiedad y depresión, respectivamente.

Por el contrario, investigaciones recientes señalan que los trastornos de ansiedad y depresión presentan más similitudes que diferencias, esto conllevó a la propuesta de un enfoque transdiagnóstico. El protocolo unificado (PU) es una propuesta de intervención para los trastornos emocionales, enfocado en el entrenamiento de habilidades para regular las emociones desagradables experimentadas como intensas y frecuentes.

Motivo, por el cual el propósito de la presente investigación es evaluar la efectividad del PU en estudiantes de educación superior que presentan síntomas de ansiedad y depresión. De esta manera, la presente tesis pretende sentar las bases para futuras investigaciones en la importancia de utilizar protocolos que ofrecen una perspectiva más amplia, que solo centrarse en los síntomas del paciente, y que se pueda implementar en diferentes niveles de atención.

En el apartado del marco teórico, se define las dos variables de estudio. En esta primera sección del apartado, se conceptualiza la variable de trastornos emocionales. Además, se profundiza sobre la etiología y se detalla el modelo de triple vulnerabilidad propuesto por David

Barlow y el modelo procesal de Gross, ambos permiten comprender el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad y depresión. En la segunda y última sección de este apartado, se define el enfoque transdiagnósticos, y la estructura del PU.

En el apartado de metodología, se especifica el tipo y diseño de investigación, se menciona las características de la muestra, criterios de inclusión y exclusión, los instrumentos utilizados, los procedimientos y estadísticos empleados.

En el apartado de resultados, se muestra las tablas y figuras, para explicar cada uno de los objetivos planteados como parte de la presente investigación.

Finalmente, en el apartado de discusión, se realiza la comparación con otros estudios que apoyan los resultados mostrados.

1.1. Descripción y formulación del problema

Los trastornos emocionales como la ansiedad y depresión son los trastornos psiquiátricos más comunes en la población general (Bentley et al., 2018), con una prevalencia de vida de alrededor del 25% (Barlow et al., 2011), y una elevada tasa de comorbilidad (Ellard et al., 2010). Sobre este último aspecto, Sandín et al., (2019) señala que la evidencia clínica y epidemiológica suele indicar que más del 50% de las personas con diagnóstico de ansiedad también presentan al menos un trastorno de depresión, y viceversa.

En cuanto a la población adulta joven, el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2013) realizó un estudio epidemiológico en Lima Metropolitana y Callao, donde señalan que entre los 18 y 24 años la tasa de prevalencia anual de trastornos mentales es del 11,1%, principalmente de ansiedad y depresión. En esa misma línea, se ha observado en la población universitaria una alta

prevalencia de 11.9% en trastornos de ansiedad y 9% en trastornos depresivos (Pedrelli et al., 2015).

Los estudiantes universitarios son un grupo etario que desde antes de la COVID -19 presentaba un riesgo elevado de padecer algún trastorno psicológico (Zapata-Ospina et al., 2021) . Esto en relación con los cambios vitales propios de la etapa, como la asunción de nuevas responsabilidades sociales, el inicio de la educación superior, interacción social con pares y profesores y aspectos personales que los predispone hacia una mayor vulnerabilidad de su salud mental, comprometiendo su desempeño académico y futuro ocupacional (Sanz et al., 2020 y Alonso et al., 2018).

Asimismo, el aislamiento obligatorio producto de la COVID – 19 añadió cambios en el entorno académico y social del estudiante universitario (Seperak-Viera et al., 2021) convirtiéndose en una exposición constante a otros eventos estresantes, como: el cese de las actividades presenciales en las instituciones educativas, disminución de la interacción social, la interrupción de rutinas y retrasos académicos. Estos eventos se asociaron con un aumento de los síntomas de ansiedad y depresión en la población universitaria (Cao et al., 2020). Según, el último informe sobre la salud mental presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) se estima que el incremento de estos trastornos emocionales ha sido más del 25% durante el primer año de la pandemia, afectando de manera significativa áreas vitales fundamentales, como el trabajo, vida social y rendimiento académico.

Frente a este escenario, a nivel internacional, en los últimos veinte años, se han venido desarrollando una serie de protocolos de intervención cognitivos-conductuales basados en la evidencia y dirigidos a trastornos específicos de ansiedad y del estado de ánimo (Troster et al., 2009). Sin embargo, a nivel nacional solamente se cuenta con un protocolo desarrollado por el

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI, 2019) perteneciente a la red EsSalud, el cuál elaboró una guía de práctica clínica para el tamizaje y manejo específico del episodio depresivo leve dirigido a población adulta del primer nivel de atención, mientras los tratamientos eficaces para los problemas de ansiedad son aún una tarea pendiente.

Sin embargo, estas intervenciones específicas pertenecientes a la TCC tradicional presenta importantes limitaciones como por ejemplo no aborda el problema de comorbilidad, por lo que generalmente se requiere la aplicación secuencial de varios protocolos a un mismo paciente para cumplir los objetivos planteados en la terapia, elevando los costes para el paciente, incrementando el número de sesiones, sumado a la carencia de profesionales formados en la aplicación de los diferentes protocolos (Sandín et al., 2019).

Frente a esta problemática, surgen las intervenciones transdiagnósticas, las cuales han logrado establecer un equilibrio entre las formulaciones completamente idiosincráticas y los tratamientos orientados al diagnóstico de los trastornos mentales, permitiendo abordar múltiples trastornos coexistentes (Carlucci et al., 2021).

Las recientes investigaciones indican que los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo comparten la etiología y responden a los mismos procedimientos terapéuticos (Barlow et al., 2011). Por lo tanto, abordar los procesos afectivos centrales presente en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, en lugar de abordar los síntomas heterogéneos específicos de cada trastorno, puede dirigirse más eficazmente a la raíz de estos trastornos y dar lugar a reducciones en los síntomas de los trastornos concurrentes (Ellard et al., 2010).

Dentro de los tratamientos transdiagnósticos, el protocolo unificado (PU) proporciona un enfoque parsimonioso, pragmático, modular y flexible para abordar simultánea y eficazmente el tratamiento de los trastornos emocionales en la población adulta (Mansell et al., 2009).

El objetivo del protocolo unificado para los trastornos emocionales es intervenir sobre los procesos afectivos negativos que subyacen a diferentes categorías diagnósticas (Carlucci et al., 2021).

Entre ellos, el trastorno de pánico con o sin agorafobia, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés post traumático, trastorno obsesivo compulsivo y depresión. Según los hallazgos de investigaciones recientes, lo que todos estos trastornos tienen en común es una excesiva e inapropiada respuesta emocional, acompañada de la sensación de que las propias emociones están fuera de control (Barlow et al., 2011).

Por lo tanto, el uso de patrones disfuncionales en la regulación de las emociones desempeña un papel importante en la naturaleza y mantenimiento de los trastornos internalizantes, entre ellos trastornos depresivos y ansiedad.

A pesar de la evidencia obtenida a nivel internacional durante década pasada, en el Perú no se han desarrollado estudios de la aplicación del PU, y considerando el contexto post - pandemia y la carencia de protocolos que permitan tratar más de un problema de salud mental, es relevante conocer la eficacia de una intervención transdiagnóstica.

En ese sentido, formulo la siguiente pregunta ¿Cuál es el efecto del protocolo unificado del tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales para la ansiedad y depresión en estudiantes de educación superior de Lima Metropolitana?

1.2. Antecedentes

En el Perú, se realizaron múltiples investigaciones acerca de ansiedad y depresión, explorando su relación y diferentes propuestas de tratamientos; entre estos estudios tenemos a Leiva Nina et al., (2022) que realizaron un estudio con el objetivo de conocer la relación entre ansiedad y depresión en estudiantes de medicina. El estudio utilizó un enfoque cuantitativo, con un diseño correlacional de tipo transversal. La muestra fue de 110 participantes. Aplicaron el inventario de ansiedad de Beck (BAI) y el inventario de depresión de Beck (BDI) y una ficha sociodemográfica. Los resultados señalan una relación significativa entre ansiedad y depresión, y entre el nivel socioeconómico bajo y depresión, así como una alta prevalencia de estos trastornos en la población universitaria.

Santiago y Urcuhuaranga (2021) investigaron el efecto de un programa Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) sobre la depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de la facultad de medicina. Utilizaron un enfoque cuantitativo, con un diseño cuasiexperimental, longitudinal y prospectivo. El tamaño de muestra lo conformaron 15 participantes, aplicación pre y post test a un solo grupo, con una duración de ocho sesiones, una cada semana. Utilizaron el inventario de depresión de Beck (BDI) y el inventario de ansiedad de Beck (BAI). Los resultados demostraron una alta efectividad del programa de intervención para ansiedad ($p=0,001$) y depresión ($p=0,001$). Asimismo, encontraron asociación significativa entre la ansiedad con la edad ($p=0,001$) y disfuncionalidad familiar ($p=0,008$); mientras que la depresión se asoció con el género ($p=0,02$) y disfuncionalidad familiar ($p=0,001$). Los autores concluyen que el programa de mindfulness (MBSR) disminuyó de manera significativa la sintomatología de ansiedad y depresión.

Franco (2020) realizó una investigación cuya finalidad fue determinar la efectividad de un programa de activación conductual sobre la depresión en estudiantes universitarios. El estudio

realizado utilizó un enfoque cuasiexperimental. La muestra fue de 39 participantes entre las edades de 16 a 24 años, diseñaron doce sesiones para el grupo experimental con una cantidad de participantes de 19, el grupo control fue una lista de espera con 20 participantes. Utilizaron una ficha sociodemográfica, el inventario adaptado de depresión de Beck (BDI - IIA), escala de activación conductual para la depresión (BADS) y la escala de observación de la recompensa ambiental (EROS). Los resultados muestran una disminución significativa de la sintomatología depresiva en el grupo experimental ($d= 1.80$) comparado con el grupo control. El tamaño del efecto fue alto tomando en cuenta los resultados del BDI-II y el EROS ($d > 0,80$) y entre moderado y alto considerando los factores evaluados por el BADS ($d > 0,50$). Estos resultados ofrecen apoyo empírico a la eficacia de la activación conductual para la disminución de la sintomatología depresiva en población universitaria.

Novoa (2019) realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la relación entre la fusión cognitiva y la sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad privada de Lima metropolitana. La muestra estuvo conformada por 229 estudiantes pertenecientes a los 3 primeros ciclos académicos del programa de estudios básicos de una universidad privada, de los cuales 95 (41.5%) eran hombres y 134 (58.5%) mujeres de edades entre los 16 a 26 años. Para la medición de la fusión cognitiva utilizaron la versión colombiana del cognitive fusion questionnaire (CFQ), mientras que para la medición de la sintomatología depresiva se utilizó el Inventario de depresión de Beck (BDI-II). Los resultados mostraron una correlación positiva y altamente significativa entre la fusión cognitiva y la sintomatología depresiva. Solo encontraron diferencias significativas en la sintomatología depresiva al considerar el sexo de los participantes.

A nivel internacional, se desarrollaron estudios enfocados en el efecto del protocolo unificado, como el desarrollado por Carlucci et al., (2021) quienes realizaron un metaanálisis con

el objetivo de evaluar el efecto del protocolo unificado (PU) sobre la gravedad de la ansiedad y depresión en niños, adolescentes y adultos. Este estudio estuvo conformado por 21 ECA y 12 ensayos pre-post no controlados con 2326 participantes con diagnóstico comórbido de ansiedad y depresión. Identificaron un tamaño del efecto global combinado de grande a moderado tanto para la depresión y ansiedad en los estudios pre- post no controlados ($g= 0,727$) y en los estudios de ECA (0,450), respectivamente. Los autores concluyeron que el tratamiento manualizado del PU reduce la sintomatología ansiosa y depresiva en la población adulta.

Sakiris y Berle (2019) realizaron una revisión sistemática y metaanálisis que tuvo como objetivo evaluar la eficacia del tratamiento del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en los trastornos de internalización. Analizaron 15 estudios y 1244 participantes, se encontraron grandes reducciones en el tamaño del efecto en las medidas de trastorno de ansiedad generalizada, depresión, trastorno de estrés post traumático, trastornos de pánico con o sin agorafobia, trastorno límite de la personalidad y ansiedad social. Además, hubo un incremento en el uso de estrategias adaptativas y una disminución de estrategias desadaptativas. Todos estos cambios permanecieron estables durante un periodo de tiempo de seis meses. Por lo tanto, destacaron la eficacia transdiagnóstica del protocolo unificado en los trastornos de internalización.

Domínguez – Lara (2017) realizó un estudio para determinar la influencia de las estrategias cognitivas de regulación emocional sobre la ansiedad y depresión en universitarios. Esta investigación se llevó a cabo con una muestra de 127 estudiantes entre 18 a 57 años. Para ello utilizaron el test de ansiedad (GAD - 2) y depresión (PHQ - 2), con las escalas del CERQ como predictores. Los resultados indican que las estrategias de rumiación y catastrofización predicen en mayor grado la ansiedad; mientras que la catastrofización y reinterpretación positiva predicen de

forma negativa y positiva, respectivamente, la depresión. El estudio concluye que la influencia de las estrategias cognitivas de regulación emocional sobre la ansiedad y depresión es significativa.

Aldao et al., (2010) realizó un metaanálisis con el objetivo de conocer la relación entre seis estrategias de regulación emocional y cuatro grupos de psicopatología. Esta investigación estuvo compuesta por ciento catorce estudios, entre ellos 71 transversales, 18 experimentales y 25 longitudinales. Utilizaron estudios publicados entre 1985 y 2008 utilizando las bases de datos Psycinfo y Medline plus. Los resultados indican que la rumia, evitación y supresión se asocian positivamente con la psicopatología. Mientras, que la resolución de problemas y reevaluación se asociaron negativamente con la psicopatología. Finalmente, la investigación concluye que las estrategias desadaptativas como la evitación, rumia y supresión se relacionaron con los cuadros ansiosos y depresivos. Mientras las estrategias adaptativas como la resolución de problemas y reevaluación cognitiva se asociaron negativamente con la depresión. Asimismo, la aceptación no se asoció significativamente con la depresión y ansiedad.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Determinar el efecto del protocolo unificado del tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales para la ansiedad y depresión en estudiantes de educación superior de Lima Metropolitana.

1.3.2. Objetivo específico

- Evaluar el nivel de ansiedad y depresión antes de la aplicación del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en estudiantes de educación superior de Lima Metropolitana.

- Evaluar el nivel de ansiedad y depresión después de la aplicación del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en estudiantes de educación superior de Lima Metropolitana.

- Comparar el nivel de ansiedad antes y después de la aplicación del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en estudiantes de educación superior de Lima Metropolitana.

- Comparar el nivel de depresión antes y después de la aplicación del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en estudiantes de educación superior de Lima Metropolitana.

1.4. Justificación

A nivel práctico, el presente trabajo pretende aportar en la implementación de un programa que abarca una diversidad de trastornos emocionales con el objetivo de disminuir los factores de riesgo relacionados al desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales y promover un funcionamiento óptimo en la población joven.

A nivel social, este estudio busca brindar un modelo de tratamiento basado en evidencia que permita una eficiente recuperación del bienestar en la población peruana. Esto, en comparación con los protocolos específicos representan una reducción en la cantidad de sesiones y de costos asumidos por el paciente. Asimismo, al ser una aplicación que se puede dar de forma virtual también impacta en el acceso de tratamientos en ansiedad y depresión, cortando las brechas en acceso a la salud pública.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis conceptual

Si se aplica el protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales entonces se reducen los síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes de educación superior de Lima metropolitana.

1.5.2. Hipótesis de trabajo

La aplicación del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales reduce significativamente los síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes de educación superior de Lima metropolitana.

1.5.3. Hipótesis estadística

H₁: Existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de ansiedad entre pre y post test en estudiantes de educación superior de Lima metropolitana.

H₂: Existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de depresión entre pre y post test en estudiantes de educación superior de Lima metropolitana.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación

Trastornos emocionales

Los trastornos emocionales hacen referencia a un conjunto de trastornos donde se observa una predisposición del individuo a experimentar emociones negativas de manera frecuente e intensa, acompañadas con una interpretación generalizada de que el entorno es un lugar peligroso (Barlow, Sauer-Zavala, et al., 2014).

Estos trastornos como la depresión y ansiedad comparten características comunes, que serán explicados en el siguiente apartado. A continuación, se definirá cada uno de ellos.

2.1.1. *Ansiedad*

La ansiedad generalmente ha sido descrita como una respuesta de anticipación del organismo ante situaciones de potencial peligro; sin embargo, Barlow (2002) brinda una definición centrada en los procesos cognitivos y afectivos de la ansiedad:

La ansiedad es una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e imprevisibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos. (p.104)

Clark y Beck (2010) señalan que la ansiedad es multifacética, el cual se expresa en cuatro niveles de respuesta, que se detallan a continuación:

- **Síntomas fisiológicos:** Se produce como respuesta de la activación del sistema nervioso simpático, que conlleva a un aumento del ritmo cardíaco, respiración entrecortada o acelerada,

presión en el pecho, sensación de asfixia, aturdimiento, sudores, escalofríos, tensión muscular y dolor de estómago.

- **Síntomas cognitivos:** Las valoraciones sesgadas y exageradas que se hacen de una situación genera procesos cognitivos disfuncionales, como: miedo a perder el control, miedo al daño físico o a la muerte miedo a la evaluación negativa de otros, hipervigilancia al estímulo amenazante, dificultad de razonamiento, percepciones de irrealidad y alteración en la memoria.

- **Síntomas conductuales:** Frente a la percepción de peligro o amenaza se activa un “sistema de alarma”, que conlleva a los siguientes procesos conductuales: Evitación de las señales de peligro con conductas de huida o lucha, quedarse paralizado, dificultad para hablar, hiperventilarse e inquietud motora.

- **Síntomas afectivos:** Nerviosismo, temor, frustración e impaciencia.

Respecto, a la relación entre la ansiedad y depresión, Moffitt et al., (2007) realizó una investigación de cohorte longitudinal prospectiva realizado a 1037 participantes en diferentes etapas del desarrollo, desde los 3 hasta los 32 años. Los resultados evidencian una fuerte relación entre el TAG y el trastorno depresivo mayor. Encontraron que el 48% de los casos de ansiedad generalizada a lo largo del seguimiento tuvieron depresión.

2.1.2. Depresión

La depresión es un trastorno que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés en actividades que antes eran gratificantes, que están presentes durante al menos dos semanas y provocan una alteración del funcionamiento del individuo (American Psychological Association [APA], 2014).

Las características clínicas de la depresión se expresan en cuatro áreas: Afectivo, motivacional, conductual y fisiológico; cada uno de estos componentes interactúan uno con otros, por tanto, la mejoría en una de las áreas problemáticas afecta a las demás . A continuación, se describirá cada uno de los síntomas, según Beck et al., (2010):

- **Síntomas afectivos:** Está conformado por la presencia de tristeza, distracción, sentimientos de culpabilidad, enojo, vergüenza,
- **Síntomas motivacionales:** Pérdida de la motivación y dependencia
- **Síntomas cognitivos:** Indecisión, autocrítica,
- **Síntomas conductuales:** Evitación, pasividad e inercia
- **Síntomas fisiológicos:** Problemas del sueño, disminución del apetito sexual y alimenticio.

En un estudio realizado por Fava et al., (2004) menciona que el 46% de los pacientes con trastorno depresivo mayor presenta al menos un problema de ansiedad comórbido, entre ellos trastorno de ansiedad generalizada, obsesivo compulsivo, pánico, estrés postraumático y agorafobia. En el año 2020, Pérez-Cano et al., realizó un estudio en la población mexicana, los resultados muestran que el 48.8% de los sujetos evaluados presentaron ansiedad leve a muy severa y el 18.6% de estos experimentaron depresión de moderado a muy severo.

2.1.3. Etiología de los trastornos emocionales

Recientes investigaciones realizadas por Barlow et al., (2014) muestran que los trastornos emocionales comparten tres aspectos importantes: altas tasas de comorbilidad, amplia respuesta a

la intervención psicológica en los trastornos comórbidos y mecanismos neurobiológicos compartidos. Por su parte, Ellard et al., (2010) refiere que se han identificado factores comunes de orden superior que subyacen a los trastornos de la ansiedad y del estado de ánimo.

En cuanto a las altas tasas de comorbilidad, diversos autores señalan que existe un solapamiento significativo dentro de la categoría de trastornos emocionales. En un estudio realizado por Ramón-Arbués et al., (2020) para estimar la prevalencia de la sintomatología de la ansiedad, depresión y estrés en 1074 estudiantes universitarios españoles, se encontró los siguientes porcentajes 26.6%, 18.4% y 34.4% estrés, respectivamente. Así también, el 37.4% presentaba síntomas de dos o más de los trastornos psicológicos mencionados. Del mismo modo, en un estudio de cohorte longitudinal en 1783 participantes holandeses con trastornos emocionales pertenecientes a centros especializados de salud mental, de aquellos con un trastorno depresivo, el 67% tenía un trastorno de ansiedad comórbido; mientras que las personas con un trastorno de ansiedad actual, el 63% tenía un trastorno depresivo actual (Lamers et al., 2011). Por lo tanto, se puede observar una relación frecuente entre la depresión y ansiedad, tanto en la población general como en población clínica.

En segundo lugar, las intervenciones psicológicas para un trastorno de ansiedad determinado a menudo producen mejoría en trastornos comórbidos adicionales de ansiedad o depresión que no se abordan específicamente durante la intervención (Allen et al., 2010). Una idea similar puede encontrarse en Mirchandaney et al., (2022) el cual realizó una revisión sobre el insomnio, ansiedad y depresión y se evidenció una reducción en los tres cuadros clínicos mediante una intervención cognitivo conductual. En ese sentido, la heterogeneidad de la expresión de dichos trastornos se considera una variación trivial en la manifestación de un síndrome más amplio (

Barlow et al., 2014), cuyo foco de análisis se centra en los procesos subyacentes comunes de los trastornos emocionales.

En tercer lugar, las investigaciones en el campo de la neurociencia han sugerido un perfil neurobiológico común en el espectro de los trastornos emocionales. Entre ellos la hiperexcitabilidad de las estructuras límbicas, junto con un control inhibitorio limitado por parte de las estructuras de la corteza prefrontal, puede ser una explicación para el aumento de la emocionalidad negativa entre los individuos con tales diagnósticos (Barlow et al., 2014), el cual disminuye la capacidad para controlar los conflictos emocionales.

Frente a estas tres características compartidas, señaladas líneas arriba. Barlow y su equipo propusieron el modelo teórico de la triple vulnerabilidad, para explicar el mecanismo de comorbilidad en los trastornos emocionales, así como su desarrollo y mantenimiento.

2.1.3.1. Modelo de la triple vulnerabilidad

La teoría de la triple vulnerabilidad sostiene que el desarrollo de los trastornos de ansiedad, depresión y los trastornos emocionales relacionados está asociada a un conjunto de vulnerabilidades biológicas y psicológicas generalizadas y psicológica específica (Barlow et al., 2011), las cuales interactúan entre sí (Barlow et al.,2014). A continuación, se detallarán cada una de las vulnerabilidades, descritas en Barlow (2000):

-Vulnerabilidad biológica generalizada: Representa las contribuciones genéticas para el desarrollo de la ansiedad y afecto negativo. Pero esta vulnerabilidad genética permanecerá inactiva o latente, a menos que se active por estímulos o circunstancias ambientales.

-Vulnerabilidad psicológica generalizada: Surge a partir de experiencias vitales tempranas, bajo ciertas condiciones, inducen a experimentar ansiedad y estados afectivos

negativos relacionados. Este conjunto de experiencias, aunque no siempre sean perjudiciales o de naturaleza traumática, son las que producen una sensación de falta de control e incertidumbre, sobre los acontecimientos vitales, que al parecer están en la base del afecto negativo y los estados de ansiedad y depresión.

-Vulnerabilidad psicológica específica: Son las experiencias tempranas de aprendizaje que focaliza la respuesta de ansiedad en determinadas circunstancias y acontecimientos vitales que potencialmente generan una mayor sensación de amenaza y peligro, cuando objetivamente no lo son. De tal forma, que cuando interactúa con las vulnerabilidades biológicas y psicológicas generalizadas contribuye al desarrollo de trastornos de ansiedad específicos.

Otra variable que permite comprender el desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales es la regulación emocional, que se considera un elemento importante a la hora de comprender e intervenir en los trastornos emocionales (Barlow et al., 2011). Según, Lasa-Aristu et al., (2019) señalan que el 75 % de las categorías diagnósticas de trastornos psicopatológicos que se encuentran en el DSM – IV tienen problemas de emoción o regulación emocional.

Gross y Thompson (2007) se refieren a la regulación emocional como un proceso mediante el cual los individuos modulan las emociones que ellos mismos y otras personas experimentan, cuando las experimentan, como las experimentan y como las expresan. La regulación emocional en palabras de Barlow et al., (2011) son las estrategias que las personas realizan para influir o modificar sus experiencias emocionales, esto es, estrategias dirigidas a mantener, aumentar o suprimir un determinado estado emocional.

Diferentes investigaciones evidencian que estrategias de regulación emocional inadecuadas desempeñan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas de

ansiedad y depresión comunes en los trastornos emocionales (Barlow et al., 2011). Por su parte, las estrategias adaptativas de regulación emocional se han asociado con consecuencias positivas, mientras que las estrategias desadaptativas se asocia con consecuencias negativas en el largo plazo (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2010).

2.2 Enfoque Transdiagnóstico

En los últimos años, ha surgido con fuerza una perspectiva transdiagnóstica para conceptualizar y clasificar los trastornos mentales. Esta perspectiva asume que los distintos trastornos emocionales comparten características comunes importantes, y que su vez estos emergen de las vulnerabilidades biológicas y psicológicas comunes (Barlow et al., 2011).

En ese sentido, los protocolos transdiagnósticos representan una ventaja clínica y práctica en comparación de los protocolos basados en un enfoque categorial, como son: Tratar a pacientes con afecciones o síntomas comórbidos o síntomas que no cumplen los criterios diagnósticos específicos según los principales sistemas de clasificación de los trastornos mentales, como el CIE 10 o DSM IV ; orientar la intervención a abordar los mecanismos centrales de los diversos trastornos, esto mejora potencialmente los resultados terapéuticos; mejorar la relación costo – efectividad, tanto en el formato web (sincrónico o diferido) o grupal (diferido o presencial); y disminuir el tiempo de formación para los especialistas clínicos debido a que los protocolos transdiagnósticos abordan una variedad de trastornos (Carlucci et al., 2021).

2.2.1 Protocolo unificado de los trastornos emocionales (PU)

El protocolo unificado (PU) es un programa de tratamiento transdiagnóstico para abordar los diferentes tipos de trastornos de ansiedad y trastornos unipolares del estado de ánimo (Trospen et al., 2009). Entre ellos, el trastorno de pánico con o sin agorafobia, ansiedad social, trastornos de

ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo y depresión (Barlow et al., 2011).

Este protocolo integra los principios y técnicas tradicionales de la terapia cognitiva conductual tradicional (Hidaka et al., 2020) y los avances en la investigación de la regulación y desregulación emocional (Ellard et al., 2010).

Dentro de los aportes que toma de las teorías cognitivo-conductuales se encuentran: reevaluación de las interpretaciones negativas, modificar las conductas desadaptativas, prevenir la evitación emocional y utilizar procedimientos de exposición emocional (Barlow et al., 2011).

En ese sentido, el Protocolo unificado adopta un enfoque cognitivo – conductual hacia el desarrollo de habilidades adaptativas de regulación emocional y la reducción de las habilidades desadaptativas (Sakiris y Berle, 2019).

En tanto estructura, el PU hace hincapié en los mismos principios fundamentales de la terapia cognitiva conductual tradicional para abordar los trastornos emocionales, como la extinción, las estrategias para controlar la evitación cognitiva y conductual, como la exposición conductual, emocional e interoceptiva, así como la identificación y modificación de los pensamientos desadaptativos (Barlow et al., 2011) . Adicionalmente, una perspectiva centrada en la naturaleza funcional de las emociones y el análisis de la propia experiencia emocional puede proporcionar beneficios de tratamiento comparables a los de la TCC estándar (Sakiris y Berle, 2019).

El núcleo del PU aplica un modelo de antecedentes, respuestas y consecuencias (modelo ARC) para comprender como las personas experimentan las emociones y el papel y los efectos de estas (Hidaka et al., 2020).

Cabe resaltar que el protocolo unificado enfatiza el papel adaptativo de las emociones, promoviendo una mayor tolerancia a las emociones intensas y una capacidad más desarrollada para identificar y corregir los intentos disfuncionales de los pacientes para hacer frente a las experiencias emocionales intensas (Wilamowska et al., 2010).

Barlow et al., (2011) menciona que el PU se compone de ocho módulos. Tres de ellos están orientados a la psicoeducación y cinco al entrenamiento de habilidades para gestionar de manera óptima las experiencias emocionales. A continuación, se detallarán cada uno de los módulos.

- **Motivación y compromiso con el tratamiento:** Este módulo se centra en el incremento de la motivación para el cambio y autoeficacia. Para ello, se enseña al paciente a identificar los pros y contras de cambiar, así como establecer y precisar los objetivos del tratamiento.

- **Entendiendo las emociones:** Este módulo pretende que los pacientes conozcan sobre la naturaleza de las emociones, comprendan el concepto de respuesta aprendida y desarrollen una mayor capacidad en notar los patrones de respuesta emocional mediante el uso de registros de la experiencia emocional.

- **Conciencia de la emoción centrada en el presente:** Este módulo presenta la primera habilidad del PU. El objetivo es ayudar a los pacientes a observar objetivamente sus experiencias emocionales (pensamientos, emociones y conductas) en el momento en el que ocurren e identificar con mayor efectividad como esto contribuye a un incremento y mantenimiento del malestar. Para lo cual se utilizan ejercicios de mindfulness e inducción de emociones.

- **Flexibilidad cognitiva:** Este módulo se centra en el componente cognitivo de la experiencia emocional. El objetivo es entrenar a los pacientes a tomar mayor conciencia sobre las evaluaciones automáticas, identificar los errores del pensamiento y utilizar la reevaluación

cognitiva como un medio para aumentar la flexibilidad en la evaluación de diferentes situaciones.

- **Evitación emocional y las CIE:** Este módulo se centra en el componente conductual de la experiencia emocional. En esta sección del tratamiento, se busca que los pacientes identifiquen las conductas de evitación impulsadas por la emoción, como las conductas sutiles, evitación cognitiva y conductas de seguridad; y como el uso de estas favorece al mantenimiento del malestar.

- **Conocimiento y tolerancia de las sensaciones físicas:** Este módulo se centra en identificar las sensaciones físicas asociadas a las emociones, experimentadas como desagradables o peligrosas. Para luego hacerles frente mediante los ejercicios de inducción de síntomas.

- **Exposición interoceptiva y a las emociones:** Este módulo se centra en identificar situaciones específicas, imágenes o recuerdos que activan respuestas emocionales intensas para posteriormente exponerse a cada elemento.

- **Mantenimiento y prevención de recaídas:** Este último modulo, tiene como objetivo brindar una mirada retrospectiva de las habilidades entrenadas, evaluar los progresos, elaborar un plan para mantener los logros y establecer nuevos objetivos.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación corresponde a un diseño experimental, de tipo preexperimental. Debido a que el grado de control sobre las variables extrañas será mínimo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Sin embargo, según Fontes de Gracia (2010) es posible establecer inferencias causales entre el factor manipulado (variable independiente) y el fenómeno causal que se estudia (variable dependiente). En este caso, la variable manipulada es el protocolo unificado cuyos efectos se medirán en las variables dependientes de ansiedad y depresión.

Dentro de la tipología preexperimental se utilizará el diseño pretest- posttest (DPP), que tiene un único grupo con medidas anteriores (pretest) y posteriores (pretest) del tratamiento, y por tanto solo emplea comparaciones intrasujetos (Ato y Benavente, 2013).

3.2. Ámbito temporal y espacial

A los estudiantes de educación superior de Lima Metropolitana que participaron en el estudio se les aplicó el programa de 10 sesiones durante los meses de agosto, setiembre y octubre del 2023, de forma online sincrónico en la plataforma Google meet por videoconferencia con una duración de 100 minutos para cada sesión.

3.3. Variables

3.3.1. *Variable independiente:*

A. Protocolo unificado de los trastornos emocionales (PU)

Definición conceptual: Conjunto de acciones diseñadas y estructuradas con el objetivo de disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva; así como entrenar estrategias eficaces de regulación emocional (Barlow et al., 2017).

Definición operacional: La aplicación del programa se realizó en diez sesiones, cada sesión tuvo una duración de 100 minutos, con una frecuencia de una vez por semana, para medir los efectos sobre las variables dependientes se aplicaron los cuestionarios PHQ-9 para depresión y GAD-7 para ansiedad antes y después de la aplicación del programa completo.

3.3.2. Variables dependientes

A. Depresión

Definición conceptual: El trastorno depresivo se caracteriza por la presencia de patrones cognitivos disfuncionales que llevan a la persona a interpretar las experiencias de la vida cotidiana como algo difícil de afrontar, tener una visión negativa de sí mismo y del futuro. En respuesta a estos patrones negativos los pacientes experimentan cambios a nivel emocional, motivacional y físico (Beck., et al 2010).

Definición operacional: El puntaje total obtenido en la escala PHQ 9 oscila de 0 a 27. Las puntuaciones pueden clasificarse en los siguientes niveles: 0-4 Sin depresión; 5-9 Leve; 10-14 Moderada; 15-19 Severa y 20-27 Muy severa. En la Tabla 1 se detallan los indicadores.

Tabla 1*Operacionalización por indicadores de depresión*

Variable	Ítems	Escala de medida	Tipo de respuesta	Niveles
Depresión (unidimensional)	9	Intervalo	Likert (0) Nada (1) Varios días (2) Más de la mitad de los días (3) Casi todos los días	Sin depresión (0 - 4) Leve (5 - 9) Moderado (10 - 14) Severo (15 -19) Muy severa (20 -27)

B. Ansiedad

Definición conceptual: Barlow (Reyes, 2015) refiere la ansiedad se presenta ante la anticipación de un peligro futuro (probable y relativamente incierto). La ansiedad se caracteriza por un estado cognitivo de incertidumbre, monitoreo de amenazas potenciales, percepción de vulnerabilidad e indefensión, y una valoración sobre la intensidad de la propia respuesta emocional.

Definición operacional: Los puntajes obtenidos por los participantes a través de la escala GAD 7. 0–4: No se aprecia ansiedad. 5–9: Se aprecian síntomas de ansiedad leves. 10–14: Se aprecian síntomas de ansiedad moderados. 15–21: Se aprecian síntomas de ansiedad severos. En la Tabla 2 se detallan los indicadores.

Tabla 2*Operacionalización por indicadores de ansiedad generalizada*

Variable	Ítems	Tipo de respuesta	Niveles	Escala de medida
Ansiedad (unidimensional)	7	Likert: (0) Nada (1) Varios días (2) Más de la mitad de los días (3) Casi todos los días	Sin ansiedad (0 - 4) Leve (5 - 9) Moderado (10 -14) Severo (15 -21)	Intervalo

3.4. Población y muestra

La población está constituida por estudiantes de ambos sexos de educación superior universitario y técnico; la muestra está conformada por 10 estudiantes, ocho mujeres y dos varones, cuyas edades oscilan entre 20 a 30 años.

La muestra fue seleccionada de manera intencional no probabilística a estudiantes universitarias, ya que la selección de los elementos no depende de una probabilidad, sino por ser decisión del investigador, considerando las muestras a las que se logre tener acceso y que las personas cumplan con las características requeridas (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Tabla 3*Variables sociodemográficas de la muestra.*

Participante	Edad	Género	Nivel de estudios
P1	24	Mujer	Universitario
P2	22	Mujer	Universitario
P3	26	Mujer	Técnico superior
P4	21	Mujer	Universitario
P5	24	Mujer	Universitario
P6	20	Varón	Técnico superior

P7	21	Varón	Universitario
P8	24	Mujer	Técnico superior
P9	21	Mujer	Universitario
P10	30	Mujer	Universitario

3.4.1. Criterios de inclusión

- Ser estudiante técnico superior o universitario
- Mayor de 18 años
- Presentar sintomatología depresiva y ansiosa, según las categorías del PHQ 9 y GAD 7 entre moderado a severo.

3.4.2. Criterios de exclusión

- Tener deficiencia cognitiva leve, moderada o severa.
- Presentar trastornos psicóticos, maniáticos, bipolaridad, trastorno de personalidad y conducta suicida.
- Personas que se encuentren recibiendo terapia de manera simultánea al momento de iniciar la aplicación del protocolo unificado.
- Personas con diagnóstico primario de fobias específicas.
- Diagnóstico actual de dependencia de sustancias.
- Tomar medicación para problemas de salud mental.

3.5. Instrumentos

3.5.1. Cuestionario de salud del paciente – 9 (*Patient Health Questionnaire - 9*)

El Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) fue desarrollado por Robert Spitzer, Janet Williams y Kurt Kroenke en el año 1999. Este cuestionario es una versión autoadministrada del instrumento de diagnóstico PRIME-MD para trastornos mentales comunes (Kroenke et al., 2001). El PHQ-9 es el módulo de depresión, que evalúa la presencia y severidad del trastorno depresivo mayor, en las dos últimas semanas, según los nueve criterios del DMS IV. Para el presente estudio se utilizó la versión adaptada por la ENDES.

Consta de nueve ítems. Cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a: 0 = "nunca", 1 = "algunos días", 2 = "más de la mitad de los días" y 3 = "casi todos los días". Se califica sumando todos los ítems. Según los puntajes obtenidos en la escala, se obtiene la siguiente clasificación: 0-4: Sin depresión; 5-9: Leve; 10-14: Moderada; 15-19: Severa y 20-27: Muy Severa. La puntuación de corte estándar para identificar una posible depresión mayor es igual o superior 10.

La adaptación al idioma español fue realizada por Baca y colaboradores en el año 1999. En el contexto peruano, Villarreal-Zegarra et al., (2019) evaluaron la validez y confiabilidad del PHQ-9 en 30 449 participantes utilizando la base de datos ENDES 2017.

Los resultados del análisis de confiabilidad del PHQ-9 tuvieron un coeficiente de alfa ($\alpha = 0.870$) y omega categórico ($\omega = 0.873$), lo que indica un instrumento fiable que efectúa mediciones estables y consistentes.

En cuanto, a la validez se midió mediante el análisis factorial confirmatorio. Los resultados señalan que el modelo unidimensional del PHQ-9 presentó el mejor ajuste ($CFI = 0,936$;

RMSEA = 0,089; SRMR = 0,039), así como una invarianza de las características demográficas (sexo, grupo de edad, nivel educativo, nivel socioeconómico, estado civil y zona de referencia). Es decir, se puede realizar comparaciones entre grupos en la población peruana.

3.5.2. Escala de medición del desorden de ansiedad generalizada (GAD -7)

El cuestionario para el trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) fue desarrollada por Spitzer, Kroenke, Williams y Lowe en el año 2006. El GAD – 7 una escala auto administrada unidimensional diseñada para evaluar la presencia de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada. Consta de 7 ítems basada en siete síntomas principales de dicho trastorno. Asimismo, esta agrupado en tres dimensiones: afectivo (1,5, 6 y 7), cognitivo (2,3.) y somático (4).

En el presente estudio se utilizó la adaptación al español por Zhong et al., (2015), el cual reportó una buena consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,89). Los resultados de validez del CFA demostraron un buen ajuste de SRMR = 0,046, CFI = 0,969 y RMSEA = 0,051.

En el contexto peruano Franco-Jimenez y Nuñez-Magallanes (2022) evaluaron la confiabilidad y validez del GAD -7 en población universitaria. Los resultados arrojan que la consistencia interna obtuvo un valor alto de .89.

3.5.3. Ficha sociodemográfica ad hoc

Se tomaron datos relacionados de edad, género y nivel de estudios.

3.6. Procedimientos

El presente estudio, se llevó a cabo en tres fases:

Fase 1: Selección de la muestra y entrevista: Se elaboró un afiche, el cual posteriormente fue publicado en diferentes redes sociales. Las personas interesadas en el programa accedieron a los cuestionarios virtuales del PHQ-9 y GAD-7 y un consentimiento informado ad hoc sobre la

investigación. Todas las personas que alcanzaron una categoría entre moderado a severo para ambas sintomatologías de ansiedad y depresión fueron seleccionadas. Luego se procedió a realizar una entrevista individual a cada participante con una ficha sociodemográfica para determinar si cumplían los criterios de inclusión y exclusión.

Fase 2: Aplicación del Protocolo Unificado para los trastornos emocionales (PU): Se seleccionó a diez participantes que cumplieron los criterios de inclusión y se inició con la aplicación virtual y grupal del protocolo unificado. El programa tuvo una duración de diez sesiones, cada sesión se extendió durante noventa minutos.

Fase 3: Aplicación de escalas de medición: La aplicación de las pruebas PHQ - 9 y GAD - 7 se realizó de manera individual con cada participante, luego de culminar la última sesión.

3.7. Análisis de datos

Los datos serán ordenados en el SPSS versión 24 y posteriormente analizados. El análisis estadístico descriptivo consistirá en conocer la media, desviación estándar de la depresión y ansiedad, valores mínimos y máximos y el rango de diferencia de las puntuaciones en el pre y post test. Mientras que, para evaluar el ajuste de los datos se utilizó la prueba de normalidad de Shapiro Wilk. Para analizar la diferencia de medias de los grupos relacionados se aplicó el estadístico prueba de rangos de Wilcoxon. Finalmente, se utilizó la r de Cohen para medir el tamaño del efecto del tratamiento.

3.8. Consideraciones éticas

La presente investigación se desarrolló en el marco de los principios éticos del Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú y la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 29733). Igualmente, se respetaron los principios de autonomía, autodeterminación, justicia,

salud, dignidad, integridad, beneficencia y no maleficencia para los participantes; de acuerdo con los principios éticos para la investigación en seres humanos incluidas en la declaración de Helsinki.

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivos

Se realizó un análisis de los estadísticos descriptivos para las fases pre y post tratamiento. Como se observa en la tabla 3, se halló una disminución en la media de las variables depresión y ansiedad. También se observa que los valores mínimos y máximos del pre y post test varían, para el caso de la depresión de un 10 a 23 con un rango de 13 en el pre test, a un puntaje de 2 a 12 con un rango de 10 en el post test, el cual señala una importante disminución de los puntajes después de la aplicación del programa. En cuanto a la ansiedad, se visualiza que los puntajes del pretest y post test presentan una variación en el rango de 10 puntos (Tabla 4).

Tabla 4

Estadísticos descriptivos de un solo grupo en la fase pre y post tratamiento

Variable	Grupo experimental									
	Pre test					Post test				
	<i>Media</i>	<i>D.E</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Rango</i>	<i>Media</i>	<i>D.E</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Rango</i>
PHQ-9	17.40	5.25	10	23	13	7.50	3.27	2	12	10
GAD-7	15.30	2.45	12	20	8	6.20	3.04	0	10	10

Al analizar las diferencias de los niveles obtenidos en entre el pre y post test, se observa una reducción importante en los niveles de depresión, reduciéndose a 0 los casos de depresión severa y muy severa (Tabla 5).

Tabla 5

Prevalencia de los niveles de Depresión en Pre y Post test

	Pre		Post	
	n	%	n	%
Sin Depresión	0	0	2	20
Leve	0	0	4	40
Moderado	4	40	4	40
Severo	1	10	0	0
Muy Severo	5	50	0	0
Total	10	100	10	100

Mientras, en el caso de los niveles de ansiedad se observa que los casos severos se reducen de 5 a 0 y el nivel moderado se reduce de 5 a 1 (Tabla 6).

Tabla 6

Prevalencia de niveles de ansiedad en Pre y Post test

	Pre		Post	
	n	%	n	%
Sin Ansiedad	0	0	2	20
Leve	0	0	7	70
Moderado	5	50	1	10
Severo	5	50	0	0
Total	10	100	10	100

4.2. Prueba de normalidad

Se realizó un análisis de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk para determinar el uso de pruebas paramétricas o no paramétricas. La distribución de la muestra en ambas variables no cumple con una distribución normal, en tal sentido se utilizan estadísticos no paramétricos (Tabla 7).

Tabla 7

Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk

Variables	Pre	Post
	<i>p</i>	<i>p</i>
PHQ -9	.034	.826
GAD-7	.651	.418

4.3. Comparación de variables dependientes entre fases pre y post tratamiento

En la Tabla 8 se observa el cálculo diferencia de medias de Wilcoxon para muestras relacionadas entre los puntajes obtenidos para el pre y post test en ambas variables, encontrándose diferencias significativas ($p < .01$) entre el pre y post test tanto para la variable depresión como ansiedad. Así mismo, se observa que el tamaño del efecto es grande para ambas variables ($r > 0.8$).

Tabla 8

Diferencia de medias y tamaño del efecto

Variable	Grupos	Rangos	Z	p	r de Cohen
PHQ -9	Pre test	5	-2.668	.008	0.84
	Post test				
GAD-7	Pre test	5.5	-2.807	.005	0.89
	Post test				

4.4. Comparación de niveles y puntajes entre fases pre y post tratamiento

En la Tabla 9 se presentan los puntajes y niveles obtenidos por los participantes en las escalas PHQ-9 y GAD-7 durante las etapas pre y post tratamiento, obteniéndose en todos los casos una evidente reducción, tanto en los puntajes directos como los niveles.

Tabla 9*Puntajes y niveles individuales para el pre y post test*

PHQ 9				
Pre test			Post test	
Sujeto	Puntaje	Nivel	Puntaje	Nivel
P1	21	Muy Severo	10	Moderado
P2	20	Muy Severo	11	Moderado
P3	23	Muy Severo	5	Leve
P4	10	Moderado	4	Sin Depresión
P5	19	Severo	6	Leve
P6	22	Muy Severo	7	Leve
P7	12	Moderado	2	nada
P8	12	Moderado	8	Leve
P9	23	Muy Severo	10	Moderado
P10	12	Moderado	12	Moderado
GAD 7				
P1	18	Severo	8	Leve
P2	15	Severo	8	Leve
P3	14	Moderado	3	Sin Ansiedad
P4	14	Moderado	5	Leve
P5	17	Severo	5	Leve
P6	13	Moderado	6	Leve
P7	16	Severo	0	Sin Ansiedad
P8	12	Moderado	8	Leve
P9	20	Severo	10	Moderado
P10	14	Moderado	9	Leve

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El objetivo principal del presente estudio preexperimental fue evaluar el efecto del protocolo unificado del tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales para la ansiedad y depresión en estudiantes de educación superior de Lima Metropolitana. Para este fin, se aplicaron diez sesiones del PU a un solo grupo de diez participantes, obteniéndose las medidas pre y post test.

La aplicación del PU significó una disminución en los síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes de educación superior de Lima Metropolitana, obteniéndose reducciones significativas entre los puntajes obtenidos antes y después de la aplicación del programa con un tamaño del efecto grande. En relación con los puntajes obtenidos para depresión, la reducción se puede apreciar el intervalo de puntajes del PHQ-9, teniendo antes de la aplicación un mínimo de 10 y un máximo de 23, con una media de 17.4 puntos; frente a un puntaje muy inferior luego del programa, donde el mínimo puntaje cae a 2 y el máximo a 12, con una media de 7.5. Similar situación ocurre con los puntajes de ansiedad, donde los puntajes del GAD-7 presentaron antes de la aplicación del PU un mínimo de 12 y un máximo de 20, con una media de 15.3; y reflejaron una importante reducción llegando a un mínimo de 0 y máximo de 10, con una media de 6.2.

Estos resultados son consistentes con múltiples investigaciones realizadas utilizando el PU en formatos virtuales a diversas poblaciones. Schaeuffele (2022) realizó la aplicación del PU en un ensayo clínico aplicado a 129 pacientes con ansiedad, depresión y síntomas somáticos distribuidos en grupos de tratamiento y control, obteniendo luego de la aplicación una mejoría en el malestar percibido, satisfacción con la vida, y marcadores de ansiedad y depresión; Yan (2022) también aplicó el protocolo a través de medios virtuales en 102 estudiantes, separados en grupo de aplicación del PU contra grupo de tratamiento usual, obteniendo mejores resultados en

comparación con el tratamiento usual. Osma (2021) estudió los resultados de la aplicación del PU en 488 participantes y realizó un seguimiento en los 6 y 9 meses posteriores, obteniendo también una reducción importante en síntomas de depresión y ansiedad, y una mejora importante en la calidad de vida, los cuales demostraron ser sostenidos en el tiempo. Ito (2022) estudió el efecto de incluir el protocolo unificado en el tratamiento usual para trastornos ansiosos y/o depresivos, y buscó compararlo con el tratamiento usual, para lo cual se estudiaron los efectos en 104 pacientes separados en dos grupos; los pacientes que recibieron el tratamiento usual más el PU demostraron una mejoría muy superior en ansiedad e indicadores clínicos globales, además de que esta mejoría se mantuvo a las 43 semanas.

Desde la perspectiva de Barlow et al., (2011), los trastornos emocionales se mantienen por el uso de estrategias de regulación emocional desadaptativas, tales como la supresión, la evitación, en la búsqueda constante de tener un control excesivo de sus propias respuestas emocionales; por lo que la propuesta del PU se enfoca en entrenar cinco habilidades emocionales eficaces que permiten el cambio conductual a estrategias de regulación adaptativas. La primera estrategia es desarrollar la conciencia emocional, lo que permite a los pacientes aprender a observar sus experiencias emocionales de manera objetiva y no juiciosa, entendiéndolas como reacciones naturales y funcionales, de forma que se logre una apertura a la tolerancia de estas experiencias (Hofmann et al., 2010; Kabat-Zinn et al., 1992; Strauss et al., 2014) . La segunda habilidad es la flexibilidad cognitiva, la cual busca generar formas diferentes de interpretar las probabilidades de que ocurra un evento aversivo y sus consecuencias, lo que va a generar reacciones emocionales y conductuales de menor intensidad. Estrategias similares como la reestructuración cognitiva también han demostrado ser efectivas (Ciharova et al., 2021; Novak et al., 2022). La tercera habilidad busca identificar y regular las conductas direccionadas por la emoción, buscando reducir

las conductas desadaptativas impulsivas dirigidas a controlar, suprimir o evitar la experiencia, y aumentando la frecuencia de reacciones adaptativas a favor del usuario. De la mano con esta habilidad se integran en el cuarto y quinto componente, que son el aumento de la tolerancia a sensaciones físicas (interoceptivas) y la tolerancia a las experiencias emocionales a través de la exposición y evocación. Otros estudios similares hallaron que un abordaje a través de exposiciones también es especialmente efectivo en el tratamiento de trastornos relacionados con ansiedad o fobias (Reid et al., 2021; Zabolski et al., 2019); sin embargo en el caso del PU éstas se integran al reconocimiento y reinterpretación de la situación, identificación de los patrones conductuales de evitación y seguridad y finalmente el surgimiento de nuevos patrones de respuesta adaptativo, en el que la experiencia emocional es integrada y reconocida como parte del repertorio conductual del individuo, aumentando la frecuencia de comportamientos de aproximación; reduciendo los síntomas de ansiedad y mejorando el estado de ánimo al aumentar la probabilidad de tener contacto con reforzadores naturales.

Los resultados del presente estudio deben ser tomados teniendo en consideración las limitaciones metodológicas del diseño preexperimental, a saber, la presencia de un solo grupo con pre y post test, la falta de aleatorización y la aplicación en una población de características restringidas (adultos jóvenes estudiantes de educación superior), además del mínimo control en variables externas dada la naturaleza virtual de la aplicación. Sin embargo, a pesar de estas limitaciones el presente estudio logró ser consistente con múltiples aplicaciones del mismo protocolo, demostrando ser eficaz para reducir los niveles de ansiedad y depresión, lo cual permite integrarse a una amplia base de evidencia de efectividad (Carlucci, 2021; Sakiris y Berle, 2019).

Finalmente, la aplicación del PU en su modalidad virtual se perfila como una estrategia importante para incrementar el acceso a terapias basadas en evidencia (Timulak 2022) por lo que

la evidencia presentada y los resultados del presente estudio pueden respaldar la implementación futura del PU como parte del tratamiento estándar en el sistema de salud público peruano.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1 En función a la hipótesis conceptual, la aplicación del protocolo unificado del tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales reduce los síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes de educación superior de Lima Metropolitana.
- 6.2 En función a la hipótesis de trabajo, existe un efecto significativo del protocolo unificado del tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales en la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes de educación superior de Lima Metropolitana.
- 6.3 En función a las hipótesis estadísticas, se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de ansiedad y depresión registrados antes y después de la aplicación del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en estudiantes de educación superior de Lima Metropolitana.
- 6.4 Los niveles de ansiedad y depresión registrados antes de la aplicación del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales alcanzaron niveles de moderado a muy severo en estudiantes de educación superior de Lima Metropolitana.
- 6.5 Los niveles de ansiedad y depresión registrados después de la aplicación del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales alcanzaron niveles de moderado a sin síntomas en estudiantes de educación superior de Lima Metropolitana.
- 6.6 Los puntajes de ansiedad antes y después de la aplicación del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales demostraron una reducción significativa en estudiantes de educación superior de Lima Metropolitana.

- 6.7 Los puntajes de depresión antes y después de la aplicación del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales demostraron una reducción significativa en estudiantes de educación superior de Lima Metropolitana.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1 Implementar el PU en los sistemas de salud pública como protocolo de atención psicológica para ansiedad y depresión, para reducir los tiempos de capacitación y aumentar las competencias de los profesionales de salud mental.
- 7.2 Incorporar el PU en los tratamientos grupales y en los servicios de salud mental comunitaria, para reducir las brechas de acceso especialmente en población joven.
- 7.3 Integrar el PU a las atenciones en telesalud mental, con el objetivo de ampliar los servicios y reducir los tiempos de tratamiento.
- 7.4 Promover el uso del PU entre los profesionales de la salud mental, para asegurar una atención efectiva y eficiente basada en evidencia.
- 7.5 Continuar las investigaciones acerca de la eficacia del PU en población general y población clínica, para asegurar la eficacia del protocolo.

VIII. REFERENCIAS

- Aldao, A. y Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 974–983. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.002>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Allen, L., White, K., Barlow, D., Shear, M., Gorman, J. y Woods, S. (2010). Cognitive-behavior therapy (CBT) for panic disorder: Relationship of anxiety and depression comorbidity with treatment outcome. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(2), 185–192. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9151-3>
- Barlow, D. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247–1263. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1247>
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders : The natyre and treatment of anxiety and panic*. (2a ed.). The Guilford Press.
- Barlow, D., Ellard, K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J. y Carl, J. (2014). The Origins of Neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 481–496. <https://doi.org/10.1177/1745691614544528>
- Barlow, D., Farchione, T., Bullis, J., Gallagher, M., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K., Thompson-Hollands, J., Conklin, L., Boswell, J., Ametaj, A., Carl, J., Boettcher, H. y Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for

transdiagnostic treatment of Emotional Disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875–884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>

Barlow, D., Farchione, T., Fairholme, C., Ellard, K., Boisseau, C., Allen, L. y Ehrenreich-May, J. (2011). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales*. Alianza Editorial.

Barlow, D., Sauer-Zavala, S., Carl, J., Bullis, J. y Ellard, K. (2014). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344–365. <https://doi.org/10.1177/2167702613505532>

Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19^o edición). Desclée De Brower.

Bentley, K., Boettcher, H., Bullis, J., Carl, J., Conklin, L., Sauer-Zavala, S., Pierre-Louis, C., Farchione, T. y Barlow, D. (2018). Development of a single-session, transdiagnostic preventive intervention for young adults at risk for emotional disorders. *Behavior Modification*, 42(5), 781–805. <https://doi.org/10.1177/0145445517734354>

Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J. y 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>

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. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999>

- Domínguez - Lara, S. (2017). Influencia de las estrategias cognitivas de regulación emocional sobre la ansiedad y depresión en universitarios: análisis preliminar. *Salud Uninorte*, 33(3), 315–321. <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/8781>
- Dryman, M. y Heimberg, R. (2018). Emotion regulation in social anxiety and depression: a systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical Psychology Review*, 65, 17–42. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.004>
- Ellard, K., Fairholme, C., Boisseau, C., Farchione, T. y Barlow, D. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and Initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 88–101. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.002>
- Fava, M., Alpert, J., Carmin, C., Wisniewski, S., Trivedi, M., Biggs, M., Shores-Wilson, K., Morgan, D., Schwartz, T., Balasubramani, G. y Rush, J. (2004). Clinical correlates and symptom patterns of anxious depression among patients with major depressive disorder in STAR&z.ast;D. *Psychological Medicine*, 34(7), 1299–1308. <https://doi.org/10.1017/S0033291704002612>
- Franco, R. (2020). *Programa de activación conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud*. [Tesis de maestría, Universidad Ricardo Palma] . Repositorio Institucional URP. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/3305>
- Franco-Jimenez, R. y Nuñez-Magallanes, A. (2022). Propiedades psicométricas del GAD-7, GAD-2 y GAD-Mini en universitarios peruanos. *Propósitos y Representaciones*, 10(1). <https://doi.org/10.20511/pyr2022.v10n1.1437>

- Hidaka, Y., Imamura, K., Sekiya, Y., Watanabe, K. y Kawakami, N. (2020). Effects of a Transdiagnostic Preventive Intervention on Anxiety and Depression among Workers in Japan: A Pre- and Posttest Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 62(2), 52–58. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001796>
- Hofmann, S., Sawyer, A., Witt, A. y Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A Meta-Analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169–183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Hu, T., Zhang, D., Wang, J., Mistry, R., Ran, G. y Wang, X. (2014). Relation between emotion regulation and mental health: A meta-analysis review. *Psychological Reports*, 114(2), 341–362. <https://doi.org/10.2466/03.20.PR0.114k22w4>
- Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (2019). *Guía de práctica clínica para el tamizaje y el manejo del episodio depresivo leve en el primer nivel de atención: Guía en versión extensa*. https://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/tecnologias_sanitarias/GPC_Depresion_V_Corta.pdf
- Instituto Nacional de Salud Mental (2013). *Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao - replicación 2012. (Informe general)*. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3197.pdf>
- Kabat-Zinn, J., Kristeller, J., Gay Peterson, L., Fletcher, K., Pbert, L., Lenderking, W. y Santorelli, S. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *AmJPsychiatry*, 149(7), 936–946.

- Kroenke, K., Spitzer, R. y Williams, J. (2001). The PHQ-9 validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lamers, F., Van Oppen, P., Comijs, H., Smit, J., Spinhoven, P., Van Balkom, A., Nolen, W., Zitman, F., Beekman, A. y Penninx, B. (2011). Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the netherlands study of depression and anxiety (NESDA). *J Clin Psychiatry*, 72(3), 341–348. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06176blu>
- Lasa-Aristu, A., Delgado-Egido, B., Holgado-Tello, F., Amor, P. y Domínguez-Sánchez, F. J. (2019). Profiles of cognitive emotion regulation and their association with emotional traits. *Clinica y Salud*, 30(1), 33–39. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a6>
- Leiva Nina, M., Indacochea-Cáceda, S., Cano, L. y Medina Chinchon, M. (2022). Association between anxiety and depression in medical students at Universidad Ricardo Palma during the year 2021. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 22(1), 735–742. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v22i4.4842>
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. y Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6–19. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6>
- Mirchandaney, R., Barete, R. y Asarnow, L. (2022). Moderators of Cognitive Behavioral Treatment for Insomnia on Depression and Anxiety Outcomes. *Current Psychiatry Reports*, 24(2), 121–128. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01326-3>

- Novoa, A. (2019). *Fusión cognitiva y sintomatología depresiva en estudiantes universitarios de Lima metropolitana*. [Tesis de maestría, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional URP. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/3297>
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos*. (Informe general). <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>
- Organización Panamericana de la Salud (30 de marzo del 2017). “Depresión: hablemos”, dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. <https://www.paho.org/es/noticias/12-5-2017-depresion-hablemos-dice-oms-mientras-depresion-encabeza-lista-causas-enfermedad>
- Pedrelli, P., Nyer, M., Yeung, A., Zulauf, C. y Wilens, T. (2015). College students: Mental health problems and treatment considerations. *Academic Psychiatry*, 39(5), 503–511. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0205-9>
- Pérez-Cano, H., Moreno-Murguía, M., Morales-López, O., Crow-Buchanan, O., English, J., Lozano-Alcázar, J. y Somilleda-Ventura, S. (2020). Anxiety, depression, and stress in response to the coronavirus disease-19 pandemic. *Cirugia y Cirujanos (English Edition)*, 88(5), 562–568. <https://doi.org/10.24875/CIRU.20000561>
- Ramón-Arбуés, E., Gea-Caballero, V., Granada-López, J., Juárez-Vela, R., Pellicer-García, B. y Antón-Solanas, I. (2020). The prevalence of depression, anxiety and stress and their associated factors in college students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197001>

- Reid, J., Laws, K., Drummond, L., Vismara, M., Grancini, B., Mpavaenda, D. y Fineberg, N. (2021). Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Comprehensive Psychiatry*, 106. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152223>
- Reyes, M. (2015). *Regulación emocional en usuarios con trastornos de ansiedad generalizada: Reporte de la efectividad del modelo integrativo para la regulación emocional grupal (MIRE- G)*. [Tesis de doctorado, Universidad Iberoamericana]. Repositorio IBERO. <https://ri.ibero.mx/bitstream/handle/ibero/634/016015s.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sakiris, N. y Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical Psychology Review*, 72, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>
- Sandín, B., Valiente, R., García-Escalera, J., Pineda, D., Espinosa, V., Magaz, A. y Chorot, P. (2019). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes a través de internet (iUP-A): Aplicación web y protocolo de un ensayo controlado aleatorizado. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 197–215. <https://doi.org/10.5944/rppc.26460>
- Santiago, S. y Urcuhuaranga, A. (2021). *Efectividad de un programa de intervención en trastornos mentales en universitarios de la facultad de medicina, 2019*. [Tesis para obtener título, Universidad Nacional Hermilio Valdizán]. Repositorio Institucional

UNHEVAL.

<https://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13080/6385/TMH00156S25.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sanz, I., Sainz, J., Sáinz González, J. y Capilla, A. (2020). *Efectos de la crisis del coronavirus en la educación*. Organización de Estados Americanos.

<https://oei.int/oficinas/secretaria-general/publicaciones/efectos-de-la-crisis-del-coronavirus-en-la-educacion>

Seperak-Viera, R., Fernández-Arata, M. y Dominguez -Lara, S. (2021). Prevalence and severity of academic burnout in college students during the COVID-19 pandemic.

Interacciones: Revista de Avances En Psicología. 7(199)
<https://doi.org/10.24016/2020.v7.199>

Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A. y Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: A

meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS ONE*, 9(4).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096110>

Trosper, S., Buzzella, B., Bennett, S. y Ehrenreich, J. (2009). Emotion regulation in youth with emotional disorders: Implications for a unified treatment approach. *Clinical*

Child and Family Psychology Review, 12(3), 234–254.
<https://doi.org/10.1007/s10567-009-0043-6>

Villarreal-Zegarra, D., Copez-Lonzoy, A., Bernabé-Ortiz, A., Melendez-Torres, G. y Bazo-

Alvarez, J. (2019). Valid group comparisons can be made with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A measurement invariance study across groups by

demographic characteristics. *PLoS ONE*, 14(9).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221717>

Wilamowska, Z., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C., Ellard, K., Farchione, T. y Barlow, D. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 27(10), 882–890. <https://doi.org/10.1002/da.20735>

Zaboski, B., Joyce-Beaulieu, D., Kranzler, J., McNamara, J., Gayle, C. y MacInnes, J. (2019). Group exposure and response prevention for college students with social anxiety: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology*, 75(9), 1489–1507. <https://doi.org/10.1002/jclp.22792>

Zapata-Ospina, J., Patiño-Lugo, D., Vélez, C., Campos-Ortiz, S., Madrid-Martínez, P., Pemberthy-Quintero, S., Pérez-Gutiérrez, A., Ramírez-Pérez, P. y Vélez-Marín, V. (2021). Mental health interventions for college and university students during the COVID-19 pandemic: a critical synthesis of the literature. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(3), 199–213. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.04.007>

Zhong, Q., Gelaye, B., Zaslavsky, A., Fann, J., Rondon, M., Sánchez, S. y Williams, M. (2015). Diagnostic validity of the generalized anxiety disorder - 7 (GAD-7) among pregnant women. *PLoS ONE*, 10(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125096>

IX. ANEXOS

Anexo A. Matriz de consistencia

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODLOGÍA
<p>¿Cuál es el efecto del protocolo unificado del tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales para la ansiedad y depresión en estudiantes de educación superior de Lima Metropolitana?</p>	<p>O. GENERAL Determinar el efecto del protocolo unificado del tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales para la ansiedad y depresión en estudiantes de educación superior de Lima Metropolitana.</p> <p>O. ESPECÍFICOS 1. Evaluar el nivel de ansiedad y depresión antes de la aplicación del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en estudiantes de educación superior de Lima Metropolitana. 2. Evaluar el nivel de ansiedad y depresión después de la aplicación del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en estudiantes de educación superior de Lima Metropolitana. 3. Comparar el nivel de ansiedad antes y después de la aplicación del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en estudiantes de educación superior de Lima Metropolitana. 4. Comparar el nivel de depresión antes y después de la aplicación del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en estudiantes de educación superior de Lima Metropolitana.</p>	<p>H. GENERAL Ho: La aplicación del Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales no tiene un efecto significativo sobre la disminución de síntomas relacionados a la depresión y ansiedad en estudiantes de educación superior de Lima metropolitana.</p> <p>Hi: La aplicación del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales si tiene un efecto significativo sobre la disminución de síntomas relacionados a la depresión y ansiedad en estudiantes de educación superior de Lima metropolitana.</p> <p>H. ESPECÍFICAS H1: Los niveles de ansiedad y depresión es alta en estudiantes de educación superior antes de la aplicación del Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. H2: Los niveles de ansiedad y depresión es baja en estudiantes de educación superior después de la aplicación del Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales.</p>	<p>Tipo de investigación Cuantitativo</p> <p>Diseño de investigación Preexperimental</p> <p>Población Estudiantes de educación superior</p> <p>Muestra 8 mujeres y 2 varones</p> <p>Muestreo Intencional no probabilístico</p> <p>Variables - Protocolo unificado de los trastornos emocionales (PU) -Trastornos emocionales</p> <p>Técnica de recolección - Encuesta</p> <p>Instrumentos - Escala de ansiedad generalizada - 7 (GAD - 7) - Cuestionario sobre la salud del paciente - 9 (PHQ -9)</p> <p>Análisis de datos - Estadísticos descriptivos - Prueba de normalidad Shapiro-Wilk - Prueba de diferencia de medias de Wilcoxon - Tamaño del efecto r de Cohen</p> <p>Aspectos éticos Se cumplió con: - Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú. -Ley de protección de datos personales.</p>

Anexo B. Consentimiento informado

Yo _____ acepto de manera voluntaria participar en la presente investigación sobre el manejo de las emociones.

El propósito de esta investigación es conocer el efecto de un programa de regulación emocional en estudiantes de educación superior con síntomas de ansiedad y depresión.

Se me informa que he sido seleccionado por: a) Ser mayor de 18 años, b) presentar indicadores moderados de depresión y ansiedad, c) ser estudiante universitario (a), d) No estar llevando terapia actualmente y d) No tomar medicamentos asociados a mi salud mental. Se espera que en este estudio participen diez personas aproximadamente como voluntarios.

Al acceder participar en esta investigación, acepto asistir durante diez sábados desde el 05 de agosto hasta el 07 de octubre del 2023, en los horarios de 11 am a 12:30 pm.

Los beneficios esperados de esta investigación son: a) Aprender habilidades eficaces para gestionar diferentes emociones, b) Disminuir los niveles de ansiedad y depresión y, c) Mejorar la calidad de vida.

La información obtenida será usada con fines exclusivamente académicos, manteniendo siempre el anonimato de los participantes, durante y posterior a la investigación.

Lima ____ de ____ del 2023

Anexo C. Instrumentos

Ficha sociodemográfica

Datos generales		
Nombres y apellidos		
Edad		
Sexo		
Nivel educativo		
Datos personales		
	SI	NO
1. ¿Actualmente toma medicación para tratar un problema psicológico en específico?	Nombre del medicamento:	
2. ¿Actualmente se encuentra llevando terapia psicológica?	Enfoque de terapia:	
3. ¿Cuenta con un diagnóstico?	Diagnóstico:	
4. ¿Actualmente tiene pensamientos y/o planificaciones suicidas?		

Cuestionario sobre la salud del paciente – 9 (PHQ -9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿Qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? Marque con una “X” para indicar su respuesta.

Nº	Frases	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1	Poco interés o placer en hacer cosas.	0	1	2	3
2	Se ha sentido decaído/a deprimido/a o sin esperanzas	0	1	2	3
3	Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido/a, o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4	Se ha sentido cansado/a o con poca energía	0	1	2	3
5	Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6	Se ha sentido mal consigo mismo/a- o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo/a o con su familia.	0	1	2	3
7	Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el diario o ver la televisión.	0	1	2	3
8	¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario- muy inquieto/a o agitado/a, que ha estado moviéndose mucho más de lo normal?	0	1	2	3
9	Pensamientos de que usted estaría mejor muerto/a, o de lastimarse de alguna manera.	0	1	2	3

Escala de ansiedad generalizada -7 (GAD - 7)

Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días.

N°	Frases	En absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1	Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado.	0	1	2	3
2	No ha podido dejar de preocuparse.	0	1	2	3
3	Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas	0	1	2	3
4	Ha tenido dificultad para relajarse.	0	1	2	3
5	Se ha sentido tan intranquilo que no podía estarse quieto	0	1	2	3
6	Se ha irritado o enfadado con facilidad	0	1	2	3
7	Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible	0	1	2	3

Anexo D. Sesiones del Protocolo unificado (PU)

MÓDULO I: Mejorar la motivación para un compromiso con el tratamiento

Objetivos:

- Introducir el concepto de motivación y analizar su importancia para el cambio.
- Ayudar a los pacientes a analizar los costes y beneficios de cambiar.
- Ayudar a los pacientes a analizar los costes y beneficios de permanecer igual.
- Ayudar a los pacientes a establecer objetivos específicos de tratamiento.
- Ayudar a los pacientes a establecer pasos alcanzables para conseguir los objetivos de tratamiento.

Sesión N° 1						
Fecha:	Estructura de la sesión	Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Recursos
05 de agosto	Inicio:	15 min	Bienvenida al taller Dinámica “rompe hielo”	Presentar el taller y establecer normas del grupo. Generar la confianza en el grupo.	Expositiva	Diapositivas
	Tema central:	50min	Psicoeducación sobre la importancia de la motivación Ejercicio de balance decisional Establecimiento de objetivos alcanzables	Psicoeducar sobre la importancia de la motivación. Analizar los costes y beneficios del cambio y permanecer igual. Identificar los objetivos que se espera conseguir durante el tratamiento. Establecer pasos intermedios para alcanzar los objetivos definidos.	Expositiva	Diapositivas Hoja de registro “balance decisional”. Hoja de registro del establecimiento de objetivos de tratamiento.
	Cierre	15 min	Retroalimentación	Aclarar dudas y fortalecer conocimientos	Feedback Expositiva	Diapositivas

MÓDULO II: Entendiendo las emociones						
Objetivos:						
<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar una visión general de la naturaleza funcional y adaptativa de las emociones - Presentar los tres componentes de la experiencia emocional - Introducir el concepto de conductas impulsadas por la emoción (CIE) 						
SESIÓN N°2						
Fecha:	Estructura de la sesión	Tiempo	Actividad	Objetivos	Técnica	Recursos
12 de agosto	Inicio:	15 min	Revisión del registro de balance decisional y establecimiento de objetivos.	Dar seguimiento al cumplimiento de las actividades de la sesión anterior.	Expositiva	Registros
	Tema central:	60 min	<p>Psicoeducación de las emociones “Conociendo las emociones”.</p> <p>Definición de los componentes de la experiencia emocional.</p> <p>Conociendo lo que rodea a la experiencia emocional.</p>	<p>Desarrollar una mayor conciencia del papel que desempeñan las emociones (positivas y negativas) en nuestras vidas.</p> <p>Aprender a identificar y registrar las experiencias emocionales desde sus tres componentes.</p> <p>Identificar los antecedentes y consecuentes.</p>	<p>Psicoeducación</p> <p>Exposición</p>	<p>Diapositivas</p> <p>Registro ARC</p>
	Cierre	15 min	<p>Actividades para la casa.</p> <p>Retroalimentación</p>	<p>Explicar sobre el uso del autoregistro de los tres componentes de la experiencia emocional.</p> <p>Reforzar los temas principales de la sesión y resolver dudas.</p>	Feedback	<p>Diapositivas</p> <p>Registro de los tres componentes de la experiencia emocional.</p>

MÓDULO III: Entrenamiento en conciencia emocional						
Objetivos:						
<ul style="list-style-type: none"> - Aprender a observar sus experiencias emocionales de una manera objetiva, sin juzgar. - Desarrollar habilidades para ayudarle a observar las experiencias emocionales en el contexto del momento presente. - Empezar a desarrollar una señal condicionada para ayudarle a trasladar su atención al momento presente. 						
Sesión N° 3						
Fecha:	Estructura de la sesión	Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Recursos
19 de agosto	Inicio:	15 min	Revisión del registro de experiencia emocional y ARC.	Revisar el cumplimiento de las actividades de la sesión anterior.	Expositiva	
	Tema central:	60 min	<p>Introducción de la conciencia emocional sin juzgar.</p> <p>Introducción de la conciencia centrada en el presente.</p>	<p>Conocer cómo las reacciones a las emociones afectan a la experiencia emocional.</p> <p>Aprender el concepto de conciencia emocional «sin juzgar» y cómo observar las experiencias emocionales como un observador externo.</p> <p>Aprender la importancia de la «conciencia centrada en el presente».</p> <p>Inducción de estados de ánimo a través de la música.</p>	<p style="text-align: center;">Expositiva</p> <p>Ejercicio de respiración.</p> <p>Ejercicio de conciencia plena (Mindfulness)</p> <p>Ejercicio de inducción a la emoción.</p>	Diapositivas
	Cierre	15 min	<p>Actividades para la casa.</p> <p>Retroalimentación.</p>	<p>Explicar el llenado de los autorregistros.</p> <p>Aclarar dudas y fortalecer conocimientos</p>	<p style="text-align: center;">Expositivo</p> <p style="text-align: center;">Feedback</p>	Hoja de registro de conciencia emocional

						centrada en el presente. Hoja de registro de inducción de estado de ánimo.
--	--	--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------

MÓDULO IV: La evaluación y reevaluación cognitiva						
Objetivos:						
<ul style="list-style-type: none"> - Explicar la relación recíproca entre pensamientos y emociones. - Introducir el concepto de evaluaciones automáticas. 						
Sesión N° 4						
Fecha:	Estructura de la sesión /	Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Recursos
26 de agosto	Inicio:	20 min	Revisión de los registros: Registro de conciencia emocional centrada en el presente. Registro de inducción del estado de ánimo.	Revisar el cumplimiento de las actividades de la sesión anterior	Expositiva Feedback	
	Tema central:	50 min	Introducción a la evaluación cognitiva. Evaluación automática y errores del pensamiento.	Entender cómo los pensamientos influyen en nuestras emociones. Aprender sobre la evaluación automática y los errores comunes de pensamiento.	Expositiva	Diapositiva Registro de identificación de pensamientos automáticos.
	Cierre	20m	Retroalimentación Actividad para la casa.	Aclarar dudas y fortalecer conocimientos. Repasar el contenido abordado.	Expositiva Feedback	Hoja de preguntas con F o V.

MÓDULO IV: La evaluación y reevaluación cognitiva**Objetivos:**

- Introducir y ayudar al paciente a identificar los errores de pensamiento más comunes.
- Introducir y ayudar al paciente a practicar la reevaluación cognitiva para incrementar la flexibilidad de pensamiento.

Sesión N° 5						
Fecha:	Estructura de la sesión /	Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Recursos
2 de setiembre	Inicio:	10 min	Revisión del cuestionario.	Revisar el cumplimiento de la actividad de la sesión anterior	Expositiva Feedback	
	Tema central:	60 min	Técnicas para detectar pensamientos.	Enseñar y practicar la técnica de flechas descendentes. Aprender la técnica de reevaluación cognitiva para aumentar la flexibilidad en el pensamiento.	Expositiva	Registro “Observando tus interpretaciones”. Registro de la técnica de las flechas descendentes.
	Cierre	20m	Retroalimentación Actividades para la casa	Aclarar dudas y fortalecer conocimientos Explicar el llenado de autorregistros	Expositiva Feedback	.

Objetivos:

- Introducir el concepto de evitación emocional.
- Presentar varios tipos de estrategias de evitación emocional y comentar cómo estas estrategias contribuyen al círculo negativo de la respuesta emocional.
- Ayudar al paciente a identificar sus propias estrategias de evitación emocional.
- Demostrar los efectos paradójicos de la evitación emocional.

Sesión N° 6

Fecha:	Estructura de la sesión /	Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Recursos
9 de setiembre	Inicio:	20 min	Revisión de los siguientes autoregistros: Registro de las flechas descendentes. Registro de identificación y evaluación de pensamientos automáticos.	Revisar el cumplimiento de las actividades de la sesión anterior.	Feedback Expositiva	Diapositivas
	Tema central:	50 min	Introducción a la evitación emocional Tipos de estrategias de evitación emocional	Introducir el concepto de evitación emocional. Aprender a identificar diferentes estrategias de evitación emocional. Demostrar el coste negativo de la evitación emocional.	Expositiva	Diapositivas
	Cierre	10 min	Retroalimentación Actividades para la casa	Aclarar duda y fortalecer conocimientos. Explicar sobre el llenado de autorregistro.	Expositiva Feedback	Registro de estrategias de evitación emocional.

MÓDULO V: Conductas impulsadas por la emoción (CIE)**Objetivos:**

- Reintroducir, y discutir más en detalle, el concepto de conductas impulsadas por la emoción.
- Presentar la justificación para contrarrestar las CIE.
- Identificar las CIE desadaptativas y desarrollar tendencias de acción alternativas.

Sesión N° 7						
Fecha:	Estructura de la sesión /	Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Recursos
16 de setiembre	Inicio:	15 min	Revisión del registro de estrategias de evitación de la emoción.	Revisar las tareas de la sesión anterior	Feedback Expositiva	Diapositivas
	Tema central:	60 min	Definición y características de las CIE. Desarrollo y mantenimiento de las CIE. Consecuencias de la realización CIE. Identificación de patrones de evitación y CIE.	Aprender acerca de las conductas impulsadas por las emociones (CIE). Conocer cómo las CIE influyen en las experiencias emocionales. Aprender a identificar y contrarrestar las CIE.		
	Cierre	15 min	Retroalimentación Actividades para la casa	Aclarar duda y fortalecer conocimientos. Explicar sobre el llenado de autorregistro.	Expositiva Feedback	Diapositiva Registro de cambio de CIE

MÓDULO VI: Conciencia y tolerancia a las sensaciones físicas**Objetivos:**

- Identificar las sensaciones físicas asociadas a las emociones.
- Comprender el papel que juegan las sensaciones físicas en tu respuesta emocional.
- Hacer frente a las sensaciones físicas desagradables a través de ejercicios de exposición

Sesión N° 8						
Fecha:	Estructura de la sesión /	Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Recursos
23 de setiembre	Inicio:	15 min	Revisión del registro de cambio de la CIE	Revisar las tareas de la sesión anterior	Feedback Expositiva	Diapositivas
	Tema central:	60 min	Definición y rol de las sensaciones físicas. Evitación de las sensaciones físicas. Programación de actividades.	Aumentar su conocimiento sobre el papel que juegan las sensaciones físicas en determinar las respuestas emocionales. •Identificar sensaciones físicas internas asociadas a sus emociones. • Diseñar ejercicios para ayudar al paciente a ser más consciente de las sensaciones físicas y aumentar la tolerancia a las mismas.	Expositiva	Diapositiva
	Cierre	15 min	Retroalimentación Actividades para la casa	Aclarar dudas y fortalecer conocimientos Explicar sobre el llenado de autorregistro “programación de actividades”	Expositiva Feedback	Diapositiva Registro de monitoreo de actividades

MÓDULO VII: Exposición emocional interoceptiva y situacional.**Objetivos:**

- Incrementar la tolerancia a las emociones y sensaciones físicas.
- Diseñar una jerarquía de evitación emocional.

Sesión N° 9						
Fecha:	Estructura de la sesión /	Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Recursos
30 de setiembre	Inicio:	15 min	Revisión del registro	Revisar las tareas para la casa de la sesión anterior	Feedback Expositiva	Diapositivas
	Tema central:	50min	<p>Introducción a la exposición de las emociones.</p> <p>Exposiciones emocionales imaginadas.</p> <p>Exposición emocional a las sensaciones físicas.</p> <p>Exposición emocional a las situaciones.</p>	<p>Entender el propósito de la exposición emocional.</p> <p>Aprender a diseñar ejercicios de exposición emocional.</p> <p>Desarrollar y elaborar una jerarquía de miedo y evitación.</p> <p>Practicar repetidamente el afrontamiento a las emociones fuertes a través de ejercicios de exposición emocional.</p>	Expositiva	<p>Diapositivas</p> <p>Registro de jerarquía de evitación emocional y situacional.</p>
	Cierre	15 min	Retroalimentación	Aclarar dudas y fortalecer conocimientos	Feedback Expositiva	

MÓDULO VIII: Mantenimiento y prevención de recaídas.**Objetivos:**

- Ayudar al paciente a identificar maneras de mantener los logros de la intervención.
- Revisar las habilidades aprendidas para afrontar las emociones.
- Desarrollar un plan para practicar lo aprendido.

Sesión N° 10

Fecha:	Estructura de la sesión /	Tiempo	Actividad	Objetivo	Técnica	Recursos
7 de octubre	Inicio:	15 min	Revisión del registro	Revisar las tareas para la casa de la sesión anterior	Feedback Expositiva	Diapositivas
	Tema central:	50min	Repaso general de conceptos.	Revisar los conceptos principales de cada módulo.	Expositiva	Diapositivas Registro de evaluación del progreso.
			Repaso general de las técnicas.	Realizar un resumen de las técnicas utilizadas.		
			Evaluación del progreso.	Revisar los objetivos que se plantearon inicialmente.		
	Planificando un futuro con	Establecer objetivos a largo plazo.				
	Cierre	15 min	Momento de reflexión.	Compartir de manera individual su experiencia como participantes en el taller.	Feedback Expositiva	