

VIABILIDAD Y UTILIDAD CLÍNICA DEL PROTOCOLO UNIFICADO TRANSDIAGNÓSTICO CON ALUMNOS DEL AULA UNIVERSITARIA DE MAYORES DE LA UNIVERSIDAD DE CÁDIZ

FEASIBILITY AND CLINICAL UTILITY OF THE UNIFIED TRANSDIAGNOSTIC PROTOCOL WITH STUDENTS FROM THE UNIVERSITY OF CADIZ'S ELDERLY CLASSROOM

FLAVIA ARRIGONI^{1,2}, ESPERANZA MARCHENA CONSEJERO² Y JOSÉ I. NAVARRO GUZMÁN²

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Arrigoni, F., Marchena Consejero, E. y Navarro Guzmán, J. I. (2022). Viabilidad y utilidad clínica del Protocolo Unificado Transdiagnóstico con alumnos del Aula Universitaria de Mayores de la Universidad de Cádiz [Feasibility and clinical utility of the Unified Transdiagnostic Protocol with students from the University of Cadiz's Elderly Classroom]. *Acción Psicológica*, 19(2), 129–148. <https://doi.org/10.5944/ap.19.2.36983>

Resumen

El objetivo de este estudio fue proporcionar evidencia preliminar, de tipo cualitativo y cuantitativo, sobre la utilidad clínica del UP-A aplicado de forma telemática (tUP-A). Tres adolescentes diagnosticados de trastornos emocionales recibieron el tUP-A a través de sesiones semanales individuales por videollamada. Se examinaron los cambios en diversas variables cuantitativas y cualitativas actuando como informantes los adolescentes, los padres y los pro-

pios terapéuticos. Los resultados basados en los momentos pre-/post-tratamiento y seguimiento (a los tres y seis meses) muestran una importante reducción de la sintomatología ansioso-depresiva en los tres adolescentes de acuerdo con las diferentes fuentes de información. Se discuten las implicaciones de administrar telemáticamente el UP-A para mejorar el acceso a la terapia de los trastornos emocionales basada en la evidencia en población adolescente.

Palabras clave: Protocolo Unificado Transdiagnós-

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Flavia Arrigoni, Pontificia Universidad Católica Argentina; Universidad de Cádiz, España.

Email: flavia.arrigoni@uca.es

ORCID: Flavia Arrigoni (<https://orcid.org/0000-0001-5664-6167>), Esperanza Marchena Consejero (<https://orcid.org/0000-0002-2043-029X>) y José I. Navarro Guzmán (<https://orcid.org/0000-0002-0738-2641>).

¹ Pontificia Universidad Católica, Argentina.

² Universidad de Cádiz, España.

Recibido: 4 de abril de 2022.

Aceptado: 12 de junio de 2022.

tico; regulación emocional; telepsicología; contexto académico; Aula Universitaria de Mayores.

Abstract

Emotional disorders are the result of a triple vulnerability. The pandemic context increased the appearance of emotional imbalances, and being an older adult in that context, constituted a psychological vulnerability that may have favored the appearance of emotional disorders, affecting the health and well-being of these people. Objective. Explore the feasibility and clinical utility of the online group Unified Protocol to improve emotional regulation in an academic context. Research with a quantitative, exploratory, descriptive, and interactive approach, with a quasi-experimental design, pre-posttest for paired samples. Study with a non-probabilistic sample of volunteers that was formed by 13 students with an average age of 61.92 years ($DT = 4.4$; range of 55 to 70) of the University of Cadiz's Elderly Classroom who received an online, synchronous, group psychological intervention for three months (from December 2020 to February 2021). Pre and post-intervention measurements were performed. The intervention consisted of 12 weekly 90-minute sessions. Instruments: OASIS, ODSIS, QLI-Sp, COP, PANAS, RRS, CORE-OM, BEAQ, NEO FFI, ad hoc sociodemographic data sheet, Satisfaction Scale and Treatment Assessment Survey. The results of the Multivariate Analysis of Variance (MANOVA) showed a statistically significant reduction ($p < .05$) in psychological distress: CORE OM Problem ($t = 2.345$; $p < .037$), CORE OM Functioning ($Z = -1.968$; $p < .049$), CORE OM Visi ($Z = -2.028$; $p < .043$) and CORE OM VISI-R ($Z = -2.040$; $p < .041$). After the intervention, there was a quantitative increase in quality of life, optimism and positive affection; and a reduction in anxiety, negative affection, ruminative behavior, avoidant behavior and psychological discomfort. To know the size of the effect Cohen d was used, this was small in the different variables in study. High levels of satisfaction with the treatment were found and most of the participants were satisfied or very satisfied with the quality of the treatment. The preliminary results obtained justify the design of a randomized controlled trial to show the efficacy of the Unified Protocol in this context and population. It is be-

lieved that this type of intervention would satisfy the specific needs of this population and offer them a space for health care and promotion of their well-being from the academic context.

Keywords: Unified Transdiagnostic Protocol; emotional regulation; telepsychology; academic context; University Hall of Seniors.

Introducción

Los trastornos mentales más prevalente, los Trastornos Emocionales (TE), abarcan los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo (unipolares) y otros trastornos relacionados (Labrador et al., 2010; Moreno y Moriana, 2012; OMS, 2017).

En 1982, la Asamblea Mundial de Envejecimiento, acordó incluir en la categoría vejez a las personas de 60 años o más. El envejecimiento puede entenderse como el producto de las modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales, y bioquímicas, que el paso del tiempo origina sobre un ser vivo. Prepararse para afrontar el envejecimiento poblacional y construir sociedades más amigables con las personas mayores de 60 años era una prioridad en el mundo aún antes de la pandemia por el brote del SARS-CoV-2/COVID-19 (Villafuerte Reinante et al., 2017).

Durante la situación de alerta sanitaria (Real Decreto 463/2020), los mayores de 60 años fueron consideradas como grupo de riesgo debido a que un gran número de personas de esa edad moría. El clima de incertidumbre, la creciente cifra de muertes en el país, la diversidad de información desde múltiples y contradictorias fuentes, así como la pertenencia a un grupo considerado de riesgo en tal contexto, pueden haber impactado en el estatus de salud y bienestar de las personas mayores, que según Ausín et al. (2017), son más vulnerables a sentirse solas debido a los cambios y pérdidas asociados con la edad.

Buitrago-Ramírez et al. (2021) consideran que el confinamiento obligado de las personas debido a la pandemia, si bien afectó el normal desarrollo de la vida de la mayoría de la población española, tuvo un mayor impacto en deter-

minados grupos de la población, tales como los ancianos, las personas que viven solas, las mujeres, entre otros. En consonancia, Dávila de Velásquez (2021) señala a los adultos mayores como el grupo etario más vulnerables durante la pandemia por COVID-19, tal estado de fragilidad puede haber incrementado las posibilidades de que desarrollasen algún padecimiento físico o mental.

Uno de los problemas más acuciantes en relación con la salud en la vejez es la disminución de la propia capacidad para responder adecuadamente frente a ciertos estímulos nocivos (Pérez-Zepeda, 2015).

El Aula Universitaria de Mayores (AUM) de la Universidad de Cádiz es una entidad académica y cultural cuyo objetivo es potenciar la integración de las personas mayores de 55 años en la vida social, cultural y universitaria. Se trata de una iniciativa del Vicerrectorado de Alumnado de la UCA, conjuntamente con la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, de la Junta de Andalucía. La actividad principal del AUM consiste en un plan formativo de cinco cursos académicos. Además de este plan, se organizan actividades complementarias en colaboración con otros servicios y áreas de la UCA en las que los alumnos pueden matricularse voluntariamente (Universidad de Cádiz, 2021).

El objetivo general del AUM es integrar a las personas mayores en la vida económica, social y cultural, posicionándose frente a esta etapa del ciclo vital como una visión positiva, con énfasis en los recursos, experiencias y posibilidades, para lo cual se proponen diversas actividades (académicas, sociales, culturales), que se espera operen como facilitadores de un pleno desarrollo de las propias capacidades para lograr un mayor disfrute.

Las restricciones en la movilidad debido a la pandemia pueden haber incrementado los niveles de ansiedad de estas personas, debido a la inacción y posible aislamiento (Dávila de Velásquez, 2021). Incluso en el curso 2020-2021 en la UCA no se reiniciaron las actividades presenciales para el alumnado del AUM, lo que claramente implicó limitaciones en las interacciones sociales. El único requisito para pertenecer al AUM es haber cumplido 55 años, sin importar el nivel de estudios previo.

Osma (2019) toma de Mrazek y Haggerty (1994) los conceptos de prevención universal, selectiva e indicada, y considera como estrategias de prevención selectiva de la salud a aquellas dirigidas a personas o grupos que, debido a la presencia de factores de riesgo de tipo biológico, psicológico o social, tienen más probabilidades que el resto de la población de desarrollar un trastorno mental.

En nuestro estudio, el alumnado del AUM ha sido considerado como población de riesgo, debido al alto índice de fallecidos mayores durante la primera ola de la pandemia por COVID-19, el aislamiento por las restricciones a la movilidad, las limitaciones en el uso de las TIC, el no haber podido incluirse en forma presencial en las actividades del AUM a partir del curso 2020-2021, entre otros aspectos. Por lo tanto, se estima que la propuesta de intervención psicológica grupal, en línea, sincrónica gestada respondió a una estrategia de prevención selectiva de la salud, en un contexto académico, durante la pandemia por COVID-19 en España.

Si bien todas las personas tienen el derecho a recibir una formación continua y actualizada que permita desarrollar sus potencialidades, capacidades y actitudes para adaptarse a los cambios siempre constantes de los contextos en los que transcurre su vida, hace ya tiempo se evidenciaba el uso más extendido de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y las cada vez más grandes limitaciones en su manejo por parte de los mayores de 60 años. La pandemia implicó la digitalización de numerosas actividades humanas, obligando a crear condiciones y entornos inclusivos para todas las personas, de todas las edades, por lo que una consideración especial requiriere el grupo de mayores para poder promover su participación activa en la sociedad digitalizada (Vega y Quintero-Romero, 2019).

Ante la situación generada por la pandemia, durante el período de distanciamiento social, las consultas online, especialmente a través de video chat, eran una alternativa viable para ofrecer atención y terapia psicológica (Consejo General de la Psicología de España, 2020). La terapia en línea, ciberterapia o telepsicología, ofreció a los usuarios la posibilidad de acceder a un servicio psicológico oportuno y de calidad. La American Psychological Association ([APA], 2013) la define como “la prestación de servicios

psicológicos mediante las tecnologías de la información y comunicación”.

Barlow et al. (2015, 2019b) han diseñado, implementado y evaluado un Protocolo que se estima propicio para el tratamiento de los TE, sencillo de implementar y con una óptima relación coste/beneficio: el Protocolo Unificado para el tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU). Su objetivo es mejorar la regulación emocional de las personas, es decir, “extinguir el malestar en respuesta a las emociones intensas, la reducción de las reacciones negativas ante las emociones puede reducir la utilidad del afrontamiento evitativo [...] que produce un rebote de los síntomas, manteniéndolos a lo largo del tiempo” (Osma, 2019, p. 26).

Osma (2019) enfatiza la conveniencia de evaluar su eficacia “con independencia del formato, contexto y condición clínica a la que se aplique” (p. 333), por lo que se aspira que el presente estudio sea un aporte a la evaluación de su aplicación en un contexto no clínico (en este caso en un contexto académico no clínico) en un formato grupal en línea. El presente estudio persiguió como objetivo general “Explorar la viabilidad y utilidad clínica para mejorar la regulación emocional del PU grupal en línea en un contexto académico-no clínico de un grupo de alumnos del Aula Universitaria de Mayores de la Universidad de Cádiz”.

Método

Se trató de un estudio cuantitativo con enfoque exploratorio-descriptivo e interactivo. El diseño fue de tipo cuasiexperimental, pre-post test para muestras pareadas. Se trabajó con una muestra incidental de participantes voluntarios, por lo que la misma quedó conformada con las personas que respondieron “activamente a una invitación” (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 387).

Participantes

Los participantes fueron 13 estudiantes del AUM: 10 mujeres y tres varones. La edad promedio fue de 61.9 años (DT = 4.4; rango de 55 a 70).

Instrumentos y protocolo de evaluación

Atendiendo a que la propuesta fue completamente en línea, para la evaluación pre y post prueba se construyó un formulario de Google, en el cual se incluyeron tanto el consentimiento informado como las técnicas seleccionadas. Los instrumentos aplicados están validados en España y sus propiedades psicométricas son buenas (Tabla 1).

Intervención

Con el fin de mejorar la regulación emocional de los participantes, desde una perspectiva de prevención selectiva de la salud y en un contexto académico no clínico, se aplicó el PU estandarizado de 8 módulos, cuyas temáticas son: Estableciendo objetivos y manteniendo la motivación, Comprendiendo tus emociones, Conciencia emocional plena, Flexibilidad cognitiva, Oponiéndose a las conductas emocionales, Comprendiendo y afrontando las sensaciones físicas, Exposiciones emocionales y Reconociendo tus logros y mirando al futuro.

La intervención fue completamente en línea, y desarrollada a través del Campus Virtual de la UCA. Consistió en 12 sesiones grupales, en línea, sincrónicas, con una frecuencia semanal y hora y media de duración. La propuesta de intervención incluyó psicoeducación, práctica de la conciencia emocional e interoceptiva, entrenamiento en flexibilidad cognitiva, ejercicios de exposición emocional y, finalmente, prevención de recaídas. Todas las sesiones fueron coordinadas por la misma terapeuta y el programa incluía la asignación de tareas para la casa entre sesiones.

Se puso a disposición de los participantes el material del PU y material adicional (técnicas de relajación, regulación del afecto positivo, y otro tipo de material).

Tabla 1

Protocolo de Evaluación pre y post intervención

Tipo de instrumento	Nombre del instrumento	Variable que evalúa	Referencia	Momento
Autoinforme	<i>Overall Anxiety Severity and Impairment Scale</i> (OASIS)	Interferencia y gravedad asociada a la ansiedad	Norman <i>et al.</i> (2006); Osma <i>et al.</i> (2019)	Pre-T Post-T
Autoinforme	<i>Overall Depression Severity and Impairment Scale</i> (ODSIS)	Interferencia y gravedad asociada a la depresión	Bentley <i>et al.</i> (2014); Osma <i>et al.</i> (2019)	Pre-T Post-T
Autoinforme	Índice de Calidad de Vida Versión española (QLI-Sp)	Calidad de vida	Mezzich <i>et al.</i> (1996); Mezzich <i>et al.</i> (2000)	Pre-T Post-T
Autoinforme	Cuestionario de Optimismo (COP)	Optimismo	Pedrosa <i>et al.</i> (2015)	Pre-T Post-T
Autoinforme	Escala de afecto positivo y negativo. Adaptación española (PANAS)	Afecto positivo y afecto negativo	Watson <i>et al.</i> (1988); Sandín <i>et al.</i> (1999)	Pre-T Post-T
Autoinforme	Escala de Respuestas rumiativas. Adaptación española (RRS)	Estilo rumiativo	Nolen-Hoeksema & Morrow (1991); Hervás (2008)	Pre-T Post-T
Autoinforme	<i>Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure</i> Adaptación española (CORE-OM)	a) Malestar psicológico. dimensiones: Bienestar subjetivo, Problemas/síntomas, Funcionamiento general y Riesgo. b) Progreso terapéutico	Feixas <i>et al.</i> (2012); Trujillo <i>et al.</i> (2016)	Pre-T Post-T
Autoinforme	<i>Brief Experiential Avoidance Questionnaire</i> Adaptación española (BEAQ)	Evitación experiencial	Gámez <i>et al.</i> (2014); Vázquez-Morejón <i>et al.</i> (2019)	Pre-T Post-T
Autoinforme	NEO Five-Factor Inventory. Adaptación española (NEO-FFI)	5 factores de la personalidad: Neuroticismo Extraversión Apertura Amabilidad Responsabilidad	Costa y McCrae (1999); Aluja <i>et al.</i> (2005); Osma <i>et al.</i> (2019)	Pre-T

Tabla 1*Protocolo de Evaluación pre y post intervención (continuación)*

Tipo de instrumento	Nombre del instrumento	Variable que evalúa	Referencia	Momento
Ficha	Ficha sociodemográfica	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Género • Nacionalidad • Estado civil • Número de hijos • Nivel de estudios • Profesión desempeñada u ocupación • Situación laboral actual • Variables relacionadas con la salud de los participantes: enfermedades, medicación, tratamiento psicológico/psiquiátrico 	Ad hoc	Pre-T
Escala	Escala de Satisfacción/ Opinión, Adaptado	Satisfacción con el tratamiento 6 ítems a) Lógica del tratamiento b) Satisfacción con el tratamiento c) Recomendación del tratamiento a otras personas con problemas similares d) Utilidad del tratamiento para otros problemas psicológicos e) Utilidad del tratamiento para su propio problema específico f) Aversión al tratamiento	Borkovec & Nau, 1972	Post-T
Cuestionario ad hoc	Valoración personal sobre el tratamiento	Satisfacción con aspectos específicos del tratamiento: Cronograma, pertinencia de las temáticas, modalidad de los encuentros, material compartido y terapeuta Pregunta abierta: "Sugerencia, comentario u opinión"	Ad hoc	Post- T

El personal docente y administrativo del AUM del Campus Cádiz y Jerez de la Frontera fue el responsable de informar al alumnado sobre la existencia del Seminario "Bienestar psicológico y salud". La participación fue voluntaria y sin compensación económica. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado.

Los criterios de inclusión fueron: (a) leer y hablar español en forma fluida; (b) estar inscrito en el curso 2020-2021 del Aula Universitaria de Mayores del Campus Cádiz y Campus Jerez de la Frontera; (c) tener acceso a internet y recursos tecnológicos para participar en línea (Smartphone o computadora); (d) poseer conocimientos mínimos del manejo de las TICs; (e) tener disponibilidad

horaria para participar de las sesiones y realizar las tareas para la casa; (f) comprender y aceptar el contenido del consentimiento informado expresado al firmarlo.

Los criterios de exclusión fueron: (a) personas ajenas al grupo convocado para participar del presente estudio; (b) no tener acceso a internet; (c) carecer de conocimientos mínimos de manejo de las TICs.

Atendiendo a que el presente estudio versa sobre la aplicación y evaluación de la utilidad clínica y viabilidad del PU desde una perspectiva preventiva de la salud en un contexto académico no clínico, no se partió de un diagnóstico psicopatológico de los participantes.

La investigación constó de dos fases: Evaluación e Intervención. Se realizaron dos evaluaciones: pre y post intervención a través de un formulario google. El PU fue implementado por una psicóloga con más de 15 años de experiencia clínica.

La intervención se desarrolló durante los meses de diciembre del año 2020 y febrero del año 2021, en un contexto de pandemia en España. En la Comunidad Autónoma de Andalucía (lugar de enclave de la Universidad de Cádiz) en el mes de noviembre de 2020 se incrementaron las restricciones debido a la expansión del Covid19 y las actividades de la institución universitaria se tornaron completamente virtuales. Asimismo, cabe mencionar que en el curso 2020-2021, el AUM no retomó las actividades de manera presencial, y solo se hicieron algunas propuestas con una modalidad virtual.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el SPSS 21. En primer lugar, se analizaron las características sociodemográficas de la muestra total (N = 13) y se obtuvieron los estadísticos descriptivos de los distintos instrumentos utilizados (se calculó la media y desviación estándar). Atendiendo a que el tamaño de la muestra fue inferior a 50 (N = 13), para el análisis de la normalidad de la distribución se utilizó la Prueba de normalidad de Shapiro Wilk.

Se realizó un análisis multivariado de la varianza (MANOVA) para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones pre y post intervención de las variables estudiadas, estableciendo el nivel de significancia en $p < .05$. Para el análisis de la significancia, se utilizó la prueba paramétrica *t* de Student (cuando distribución normal) o la prueba no paramétrica Wilcoxon test (distribución no normal). Asimismo, se calculó el tamaño del efecto con la *d* Cohen (Cohen, 1988).

Para evaluar la viabilidad y aceptación de la intervención propuesta, se desarrolló un análisis cuantitativo y cualitativo. A nivel cuantitativo, se utilizó la Escala de Satisfacción/Opinión adaptación de Borkovec y Nau (1972) y una Encuesta de valoración personal ad hoc para conocer la opinión de los participantes sobre diversos aspectos relacionados con la intervención psicológica recibida. A ni-

vel cualitativo, se incluyó una pregunta abierta sobre “Sugerencia, comentario u opinión”. Las respuestas fueron analizadas clasificando la información mediante un proceso de segmentación, identificación de temas claves y categorías de análisis (De Andrés-Pizarro, 2000).

Resultados

Análisis descriptivo

Los resultados del análisis descriptivo de las variables sociodemográficas evidencian que el 76.9 % de los participantes fueron mujeres, el 61.5 % eran casados y convivían con su pareja. El 30.8 % tenían una formación universitaria y el 38.5 % secundaria. El 100 % de los participantes eran jubilados (Tabla 2).

Tabla 2

Frecuencias y porcentajes de los datos sociodemográficos generales tomados de los participantes del Estudio

		f	%
<i>Género</i>	Mujer	10	76.9
	Varón	3	23.1
<i>Estado Civil</i>	Divorciado/a	2	15.4
	Casado/a	8	61.5
	Soltero/a	1	7.7
	Separado/a	1	7.7
	Viudo/a	1	7.7
	Pareja	8	61.5
<i>Convivencia</i>	Pareja e hijos	1	7.7
	Solo/a	3	23.1
	Otro	1	7.7
	0	3	23.1
<i>Número de hijos</i>	1	2	15.4
	2	5	38.5
	3	3	23.1
	Universitarios Com.	4	30.8
<i>Nivel de estudios</i>	Secundario	5	38.5
	Primario	4	30.8
<i>Situación laboral</i>	Jubilado/a	13	100.0

En lo que respecta al estado de salud general de los participantes, cabe mencionar que el 38.5 % reconoció padecer algún tipo de enfermedad, el 69.2 % tomar alguna medicación y el 15.4 % estar en tratamiento psiquiátrico o psicológico (Tabla 3).

Tabla 3

Frecuencias y porcentajes de los datos relativos al estado de salud general de los participantes del Estudio

Variables salud		f	%
Enfermedad	Si	5	38.5
	No	7	53.8
	Ns/Nc	1	7.7
Toma medicación	Si	9	69.2
	No	1	7.7
	Ns/Nc	3	23.1
Tratamiento psicológico/psiquiátrico	Si	2	15.4
	No	11	84.6
	Ns/Nc	0	0

Las medias, desviaciones típicas y tamaño del efecto de los instrumentos administrados en el presente estudio figuran en la Tabla 4.

Los resultados de la prueba de normalidad de la prueba Shapiro Wilk mostró una distribución normal ($p > .05$) para Ansiedad, Depresión, Optimismo, Afecto positivo y afecto negativo, conducta rumiativa y conducta evitativa, escala Bienestar y Problema del CORE OM; y una distri-

Tabla 4

Datos estadísticos descriptivos (medias y desviaciones típicas) de los resultados pre- y post test y d de Cohen de las pruebas realizadas

Puntuaciones Pretest y Postest	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica	Incremento/ Reducción	d de Cohen
Pretest OASIS	0.00	16.00	6.30	5.43		
Postest OASIS	0.00	14.00	6.07	4.44	-0.23	-0.05
Pretest ODSIS	0.00	15.00	3.69	4.97		
Postest ODSIS	0.00	11.00	4.30	3.72	+0.61	0.14
Pretest QLI-Sp	41.00	100	72.84	18.35		
Postest QLI-Sp	37.00	100	73.84	19.39	+1	0.05
Pretest COP	24.00	45.00	34.23	5.97		
Postest COP	26.00	41.00	34.76	5.01	+0.53	0.10
Pretest PANAS A.P.	19.00	48.00	33.46	7.30		
Postest PANAS A.P.	26.00	50.00	34.92	6.29	+1.46	0.21
Pretest PANAS A.N.	10.00	39.00	24.84	9.31		
Postest PANAS A.N.	10.00	33.00	23.76	8.16	-1.07	-0.12
Pretest RRS	24.00	62.00	38.53	11.14		
Postest RRS	22.00	48.00	36.84	9.22	-1.69	-0.17
Pretest CORE OM Bienestar	2.00	13.00	6.61	3.01		
Postest CORE OM Bienestar	1.00	9.00	5.38	3.04	-1.23	-0.41
Pretest CORE OM Problemas	6.00	37.00	20.84	7.64		
Postest CORE OM Problemas	7.00	28.00	17.30	7.98	-3.53	-0.45
Pretest CORE OM Funcionamiento	7.00	31.00	16.46	6.10		
Postest CORE OM Funcionamiento	3.00	23.00	13.53	6.94	-2.92	-0.45
Pretest CORE OM Riesgo	0.00	9.00	3.00	2.73		
Postest CORE OM Riesgo	0.00	9.00	2.38	2.87	-0.61	-0.22
Pretest CORE OM VISI	15.00	87.00	46.92	18.41		
Postest CORE OM VISI	11.00	67.00	38.61	19.73	-8.30	-0.44
Pretest CORE OM VISI-R	15.00	81.00	43.92	16.33		
Postest CORE OM VISI-R	11.00	58.00	36.23	17.57	-7.69	-0.45
Pretest BEAK	47.00	69.00	59.30	6.54		
Postest BEAK	36.00	77.00	57.92	11.41	-1.38	-0.15

Nota: **OASIS:** Overall Anxiety Severity and Impairment Scale; **ODSIS:** Overall Depression Severity and Impairment Scale; **QLI-Sp:** Quality of Life Index-QLI, versión española-QLI-Sp; **COP:** Cuestionario de Optimismo; **PANAS A.P.:** Escala de Afecto Positivo y Negativo, factor 1 (Afecto Positivo); **PANAS A.N.:** Escala de Afecto Positivo y Negativo, factor 2 (Afecto Negativo); **RRS:** Escala de Respuestas rumiativas; **CORE OM Bienestar:** Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure, Escala de Bienestar; **CORE OM Problemas:** Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure, Escala Problemas; **CORE OM Funcionamiento:** Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure, Escala Funcionamiento; **CORE OM Riesgo:** Clinical Outcomes in Routine Evaluation- Outcome Measure, Escala Riesgo; **CORE OM VISI:** Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure; **CORE OM VISI-R:** Clinical Outcomes in Routine Evaluation- Outcome Measure; **BEAK:** Brief Experiential Avoidance Questionnaire.

bución no normal ($p < .05$) para Calidad de Vida y escalas Funcionamiento, Riesgo, Visi y Visi-R del CORE OM.

Se estableció el nivel de significancia en $p < .05$. Para el análisis de la significancia, se utilizó la prueba paramétrica t de Student en las variables con una distribución normal, y la prueba no paramétrica Wilcoxon test en aquellas con una distribución no normal.

Utilidad clínica

Síntomas primarios

A partir de los datos resultantes del OASIS, tras la participación en el programa, se observó una leve disminución en la interferencia y gravedad asociada a la ansiedad de los participantes. Si bien no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre y post test ($t = 0.179$; $p > .861$), la participación en el programa promovió su disminución: la reducción cuantitativa media observada en el post test fue de 0.23 puntos.

En el cuestionario ODSIS, se observó un leve incremento en la interferencia y gravedad de la sintomatología depresiva. No obstante, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre y post test ($t = -0.469$; $p > .648$). El incremento cuantitativo medio observado en el post test fue de 0.61 puntos.

Síntomas secundarios

A partir de los datos resultantes del QLI-Sp, tras la participación en el programa, se observó un incremento en la calidad de vida (QLI) de los participantes. Si bien no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre y post test ($Z = -0.153$; $p > .878$), es posible verificar que la participación en el programa promovió mejoras en esta variable. El incremento cuantitativo medio observado en el post test fue de 1 punto.

De los datos resultantes del COP, se observó un incremento en el Optimismo (O) de los participantes tras su participación en el programa. El incremento cuantitativo medio observado en el post test fue de 0.53 puntos. Si bien no se hallaron diferencias estadísticamente significativas

entre las mediciones pre y post test ($t = 1.93614$; $p > .644$), participar en el programa de intervención generó un incremento del O.

En relación con los datos obtenidos a partir del PANAS, el análisis factorial agrupa los 20 ítems en dos factores: factor 1 (AP) y factor 2 (AN). En relación con el AP, en las mediciones post test de los participantes, se observó su incremento, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre y post test ($t = 1.76088$; $p > .343$). Por otro lado, en relación con la variable AN, en las mediciones post test se observó una disminución, aunque los resultados obtenidos de la prueba t Student no arrojaron diferencias estadísticamente significativas ($t = 0.926$; $p > .373$). En cualquier caso, el AP se incrementó en 1.46 puntos; y el AN se redujo en 1.07 puntos.

En cuanto al sexto de los instrumentos utilizado, la RRS, del análisis de los resultados obtenidos en las mediciones post test se observó una reducción de las conductas rumiativas (CR) tras la participación en el programa. Los resultados obtenidos de la prueba t Student arrojaron diferencias estadísticamente significativas ($t = 1.007$; $p > .334$). En todo caso, la CR se redujo en 1.69 puntos.

De los datos resultantes del CORE-OM se observó lo siguiente: el análisis factorial agrupa los 34 ítems en 6 factores: Bienestar (B), Problema (P), Funcionamiento (F), Riesgo (R), VISI y VISI-R. Una menor puntuación refleja mayor bienestar y progreso en el tratamiento. Con relación al B, se observó una disminución en las mediciones pre-post test, lo que refleja un incremento del bienestar. No obstante, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre y post test ($t = 2.086$; $p > .059$). La reducción cuantitativa media observada en el post test fue de 1.23 puntos. En relación con el P, se observó una disminución en las mediciones post test, lo que refleja una disminución de los problemas y/o síntomas tras la participación en el programa, alcanzando la significación estadística ($t = 2.345$; $p < .037$). La disminución cuantitativa media observada en el post test fue de 3.53 puntos. En relación con el F, se observó una disminución en las mediciones post test, lo que refleja un incremento del funcionamiento tras la participación en el programa. Las diferencias fueron significativas estadísticamente:

$Z = -1.968$; $p < 0.049$. La disminución cuantitativa media observada en el post test fue de 2.92 puntos. En lo que respecta al R, se observó una disminución en las mediciones post test, lo que refleja una reducción del malestar y percepción del riesgo. La disminución cuantitativa media observada en el post test fue de 0.61 puntos. Sin embargo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la escala del riesgo tras la participación en el programa ($Z = -0.914$; $p > .361$). En la escala general de Visibilidad (VISI), se observó una disminución en las mediciones post test, lo que refleja un incremento del bienestar tras la participación en el programa. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre y post test ($Z = -2.028$; $p < .043$). La disminución cuantitativa media observada en el post test fue de 8.3 puntos. Los resultados obtenidos en el VISI dan cuenta, no solo de una disminución del malestar psicológico, sino también, de un progreso en el tratamiento. En relación con la escala VISI-

R (Visibilidad menos riesgo), se observó una disminución en las mediciones post test, alcanzando una diferencia estadísticamente significativa ($Z = -2.040$; $p < .041$). La disminución cuantitativa media observada en el post test fue de 7.69 puntos.

De los datos obtenidos a partir del BEAK tras la participación en el programa, fue posible observar una reducción en las conductas evitativas. Los resultados obtenidos de la prueba t Student arrojaron diferencias no estadísticamente significativas ($t = 0.555$; $p > .589$). Numéricamente, se redujeron en 1.38 puntos. El tamaño del efecto fue pequeño en todos los instrumentos aplicados –osciló entre 0.05 y 0.45– (Tabla 4).

En síntesis, el MANOVA mostró cambios estadísticamente significativos en 4 factores del CORE OM: Problema, Funcionamiento, VISI y VISI-R (Tabla 5).

Tabla 5

Valores medios, desviación estándar (SD) y comparaciones entre los resultados pre y post test en las diferentes pruebas aplicadas en el Estudio

Pruebas Administradas	Pre test		Post test		t/Z
	Media	SD	Media	SD	
Overall Anxiety Severity and Impairment Scale- OASIS	6.30	5.43	6.07	4.44	0.179
Overall Depression Severity and Impairment Scale- ODSIS	3.69	4.97	4.30	3.72	-0.469
Quality of Life Index- QLI, versión Española- QLI-Sp.	72.84	18.35	73.84	19.39	-0.153
Cuestionario de Optimismo-COP	34.23	5.97	34.76	5.01	-0.474
Escala de Afecto Positivo y Negativo- PANAS, factor 1 (afecto positivo)	33.46	7.3	34.92	6.29	-0.988
Escala de Afecto Positivo y Negativo- PANAS, factor 2 (afecto negativo)	24.84	9.31	23.76	8.16	0.926
Escala de Respuestas rumiativas-RRS	38.53	11.14	36.84	9.22	1.007
Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM), EscalaBienestar	6.61	3.01	5.38	3.04	2.086
Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM), EscalaProblemas	20.84	7.64	17.30	7.98	2.345*
Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM), EscalaFuncionamiento	16.46	6.10	13.53	6.94	-1.968*
Clinical Outcomes in Routine Evaluation -Outcome Measure (CORE-OM), EscalaRiesgo	3.00	2.73	2.38	2.87	-0.914
Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM), VISI	46.92	18.41	38.61	19.73	-2.028*
Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM), VISI-R	43.92	16.33	36.23	17.57	-2.040*
Brief Experiential Avoidance Questionnaire - BEAK	59.30	6.54	57.92	11.41	0.555

Nota: (*) $p < .05$.

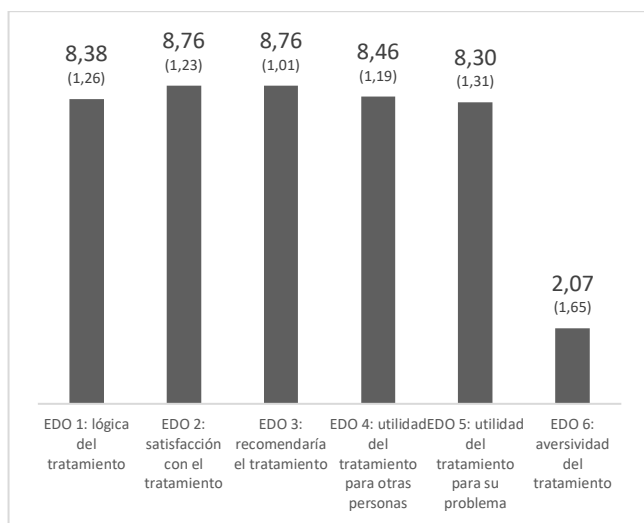
Viabilidad y satisfacción con la intervención

Análisis cuantitativo

En lo que respecta a la Escala de Satisfacción/Opinión, los resultados evidencian altos niveles de satisfacción (entre 8.30 y 8.76) con los distintos aspectos vinculados al programa de intervención recibido: lógica del tratamiento, satisfacción con el tratamiento, recomendación del tratamiento a otras personas con problemas similares y utilidad del tratamiento, tanto para otros problemas psicológicos como para su propio problema específico. Los resultados de la opinión del tratamiento se muestran en la Figura 1.

Figura 1

Resultados (M y DS) obtenidos en la escala de satisfacción / opinión sobre el tratamiento (adaptación española de Borkovec y Nau, 1972)



Por su parte, del análisis de los resultados en la Encuesta de Valoración personal ad hoc se observa que el 92.3 % evaluó como Satisfactorio o Muy Satisfactorio el Cronograma, el 92.3 % la pertinencia de las temáticas, el 92.3 % la modalidad de las sesiones, el 92.3 % el material compartido y el 100% a la terapeuta (Tabla 6).

Tabla 6

Frecuencia y porcentaje de la valoración personal de las participantes del Estudio sobre diversos aspectos de tratamiento recibido

Ítem	f	%	
Cronograma	Insatisfactorio	0	0
	Poco satisfactorio	0	0
	Aceptable	1	7.7
	Satisfactorio	6	46.2
	Muy satisfactorio	6	46.2
Pertinencia temáticas	Insatisfactorio	0	0
	Poco satisfactorio	0	0
	Aceptable	1	7.7
	Satisfactorio	8	61.5
	Muy satisfactorio	4	30.8
Modalidad sesiones	Insatisfactorio	0	0
	Poco satisfactorio	0	0
	Aceptable	1	7.7
	Satisfactorio	7	53.8
	Muy satisfactorio	5	38.5
Material compartido	Insatisfactorio	0	0
	Poco satisfactorio	0	0
	Aceptable	1	7.7
	Satisfactorio	5	38.5
	Muy satisfactorio	7	53.8
Terapeuta	Insatisfactorio	0	0
	Poco satisfactorio	0	0
	Muy satisfactorio	7	53.8

Análisis cualitativo

La pregunta abierta sobre “Sugerencia, comentario u opinión” fue analizada cualitativamente. El 70 % realizó un aporte en tal sentido. Las categorías de análisis fueron: Utilidad de la intervención, Emociones experimentadas, Circunstancias actuales por contexto de pandemia y Sugerencias (Modalidad de abordaje y Duración de la intervención). La Tabla 7 muestra los testimonios de algunos participantes que ilustran lo que han expresado con relación a la intervención recibida.

Tabla 7

Sugerencias, comentario u opinión de algunas participantes del Estudio que ilustran lo que han expresado en relación a la intervención recibida

Categoría	Subcategoría	f	Testimonio
Utilidad de la intervención		3	“El programa muy positivo”; “Muy bueno y terapéutico”.
Emociones experimentadas		2	“Quedo muy satisfecha”; “Muy agradecido”
Circunstancias actuales por contexto de pandemia		1	En una situación sin pandemia lo habría aprovechado mejor”
Sugerencias	Modalidad de abordaje	2	“Muy útil pero online es complicada la terapia y la práctica de la meditación”; “Estos talleres y clases online han sido toda una experiencia y creo q deberían de continuar porque son útiles y cómodos”
	Duración de la intervención	1	“Me gustaría que se repitieran cursos como este y con una mayor duración”

Discusión

El presente estudio aplica una intervención psicológica que ha probado ser eficaz para mejorar la regulación emocional: el PU. Se diseñó una intervención grupal, en línea, sincrónica, desde una perspectiva de prevención selectiva de la salud, en un contexto académico. Al tratarse de una intervención preventiva, no se partió de un diagnóstico clínico de los participantes. Nos propusimos mejorar la regulación emocional de los participantes y conocer la utilidad clínica de la intervención propuesta, y, por otro lado, obtener datos sobre la viabilidad, aceptación y satisfacción con el PU en el formato y contexto seleccionado. Los resultados preliminares obtenidos del presente estudio son alentadores y muestran la viabilidad y utilidad clínica del PU en el formato y contexto aplicado.

Información preliminar sobre la utilidad clínica

En relación con las vivencias de este grupo etario frente a una catástrofe Díaz et al. (2016) han señalado que este tipo de eventos, constituyen factores desencadenantes de vivencias de depresión o ansiedad, o pueden operar

como reactivadores de eventos traumáticos anteriores, pudiendo desencadenar diversos síntomas o desajustes mentales, conductuales y físicos; por ejemplo, “re-experimentar sentimientos de soledad o determinados temores al permanecer solo” (p. 391). En lo que respecta a las manifestaciones psicopatológicas más frecuentes que se pueden producir a raíz de un evento catastrófico, cabe mencionar “los trastornos depresivos y/o de ansiedad, el trastorno por estrés agudo, el estado de pánico y el estrés postraumático” (Díaz et al., 2016, p. 391).

Los participantes han mostrado una mejora en la calidad de vida, el optimismo y el afecto positivo; y una reducción en la ansiedad, el afecto negativo, la conducta rumiativa, la conducta evitativa y el malestar psicológico. Como fuera ya reportado, el tamaño del efecto fue pequeño en las diferentes variables en estudio, por lo que es posible inferir que se trabajó con una población que se sentía bien antes de la intervención y que tras la misma mantienen su nivel de bienestar general aun a pesar del contexto de pandemia de casi un año de duración.

Un estudio realizado en Chile con 250 adultos mayores (con una edad promedio de 70.8 años) encontró que el bienestar psicológico correlaciona positivamente con el apoyo social percibido (Vivaldi y Barra, 2012). Desde una

perspectiva eudaimónica, se considera al bienestar psicológico como indicador de un funcionamiento tal que posibilita el desarrollo de las capacidades de la persona. “El apoyo social es un elemento protector de la salud en los adultos mayores, al moderar los efectos negativos del estrés y contribuir así al bienestar y satisfacción con la vida” (Vivaldi y Barra, 2012, p. 24).

Los resultados permiten verificar la utilidad clínica de la intervención, ya que ayudó a que personas que se sentían bien, mantuvieran el nivel de bienestar, aun a pesar del contexto de pandemia, hallándose tras la intervención, cambios estadísticamente significativos en el malestar psicológico.

En lo que respecta a los síntomas primarios, Ansiedad y Depresión, cabe mencionar lo siguiente. En el caso de la Ansiedad, la media previa a la intervención del OASIS ($M = 6.30$) se encuentra por arriba del punto de corte de ≥ 4 para población no clínica (Osma et al., 2022), aunque muy por debajo del punto de corte de ≥ 10 para población clínica. Aun en un contexto de pandemia, la participación en el programa promovió una reducción en la Ansiedad ya que la media post fue de 6.07. La Depresión es considerada el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, y suele caracterizarse por tristeza, aislamiento, alteraciones en la concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional, entre otros (Sotelo et al., 2012).

En lo que respecta a la Depresión, la media pre del ODSIS ($M = 3.69$) se encuentra por debajo del punto de corte de ≥ 5 para población no clínica (Osma et al., 2022). Si bien la media post evidenció un leve incremento ($M = 4.30$) continuó encontrándose por debajo del punto de corte de ≥ 5 . Este dato resulta muy alentador ya que, a pesar de que la Depresión es uno de los TE más típicos con esta población, y del contexto de pandemia, no se produjo un incremento de esta variable en los participantes.

Se trató de una intervención en línea sincrónica. Una investigación cualitativa al término de un curso sobre el uso de las nuevas tecnologías, desarrollada desde la Universidad Autónoma de Baja California, describió que los participantes adultos mayores, evidenciaron, por un lado, un incremento de la motivación hacia el aprendizaje y uso

de las TIC, y, por otro lado, una reducción del sentimiento de soledad y aislamiento, ya que consideraron que las nuevas tecnologías fomentaron su comunicación (Sevilla-Caro et al., 2015).

Aun a pesar de tratarse de una intervención preventiva con población no clínica, los resultados son alentadores. Se trata de personas que se sentían bien antes de involucrarse en la intervención, y, aun así, tras la intervención han logrado mejorar su regulación emocional, todo esto en un contexto adverso de pandemia.

Si bien el contexto de pandemia ha impactado en la salud mental de las personas incrementando la aparición de sintomatología ansiosa o depresiva, los participantes no solo no han empeorado, sino que han mejorado en ciertas variables clínicas. El alumnado del AUM presentó cambios estadísticamente significativos en el malestar psicológico tras la participación en el programa de intervención por lo que resultó eficaz para incrementar el bienestar de los participantes.

Información preliminar sobre la viabilidad

Cabe destacar que los participantes se involucraron voluntariamente en la intervención evidenciando adecuados niveles de motivación. No obstante, se estima que quizás para esta población, hubiese sido conveniente instrumentar una capacitación previa sobre el manejo de las TICs, ya que durante su desarrollo se identificaron dificultades en tal sentido. En Méjico, el Instituto de Estadística, Geografía e Informática-INEGI (2014) declaró que, en ese país, solo un 4.4 % de los usuarios de las nuevas tecnologías eran personas de 55 años o más.

Un estudio del que participó un grupo de adultos mayores colombianos (Vásquez-Rizo et al., 2020) consideran que la tecnología está más enfocada a satisfacer las necesidades de los jóvenes que las de los adultos mayores, lo que, sumado al limitado manejo de artefactos y aplicaciones, los excluye, por lo que Vásquez-Rizo et al. consideran a este colectivo como “una población en latente riesgo de exclusión tecnológica” (p. 136).

El contexto de cierre de las instalaciones universitarias y las restricciones a la movilidad debido a la pandemia, imposibilitaban una propuesta distinta de la en línea. La versatilidad del PU permitió, en un contexto de restricciones de la movilidad por la pandemia por COVID 19, su aplicación en un formato en línea. Sin embargo, esto resultó también ser una oportunidad. El hecho de que fuera en línea permitió incluir a alumnos del 1º al 5º curso del AUM de dos de los Campus de la UCA, ampliando así las posibilidades de interacción con personas de otras localidades de Cádiz. Lo grupal facilitaba las relaciones interpersonales, aunque fueron en línea.

Asimismo, la aplicación grupal en línea resultó coste-efectiva (Botella et al., 2019; Osmá, 2019) ya que se hizo uso de recursos propios de la UCA (Campus Virtual) para realizar la propuesta de intervención grupal, siendo necesaria solo una profesional psicóloga.

Otro aspecto que refleja la viabilidad de la intervención propuesta en este contexto y con esta población, es el resultado obtenido en la Escala de Satisfacción/Opinión, la Encuesta de valoración personal ad hoc, y la pregunta sobre “Sugerencia, comentario u opinión”.

Los ítems en los que se hallaron niveles más altos de satisfacción fueron con el tratamiento recibido y que recomendarían el tratamiento. Asimismo, en la Escala de valoración personal, el ítem mejor valorado fue la terapeuta. Los participantes se mostraron satisfechos con la intervención psicológica recibida.

Fortalezas del estudio

El contexto de pandemia fue una oportunidad propicia para diseñar intervenciones tendientes a mejorar la regulación emocional del alumnado. La versatilidad del PU lo hacen aplicable en diversos formatos. Se estima que una de las fortalezas del presente estudio es utilizar el PU grupal en línea desde una perspectiva preventiva en salud con el fin de llegar a un mayor número de personas e incluso de diversos lugares (Cádiz y Jerez de la Frontera).

Otra fortaleza ha sido utilizar el PU en un contexto académico no clínico con alumnado del AUM, una población no estudiada hasta el momento. El instrumentar la intervención psicológica preventivas desde la universidad, temática no tan estudiada, que resulta coste-efectiva, no es-

tigmatizante para los participantes y permite “cuidar al alumnado”.

Limitaciones del estudio

Se estima que el presente estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, el tamaño (N=13) y tipo de la muestra (incidental, no probabilística) no permite generalizar los resultados obtenidos. Si bien los estudios son una forma rentable económicamente para estudiar preliminarmente la viabilidad y/o implementación de programas de intervención psicológica en contextos no estudiados aun u otros poco estudiados, los resultados obtenidos de los mismos deben ser considerados prudentemente como fase preliminar. No todos los alumnos y alumnas del AUM manejan las TICS, por lo cual debería planificarse una instancia previa de capacitación sobre el manejo de las mismas.

No se evaluó el mantenimiento de los cambios, es decir seguimiento a los 3, 6, 12 meses, ya que se consideró que el contexto de pandemia (con avances y retrocesos según la estación del año, la aparición de nuevas cepas, el avance del programa de vacunación, entre otros aspectos, impactan en la vida y estado emocional de las personas), algo que debería ser considerado en posteriores estudios con esta población y contextos.

Líneas futuras de investigación

Se estima que resultaría de interés replicar el presente estudio con una muestra más grande a través de un estudio clínico controlado aleatorizado. Debido a las limitaciones inherentes al tipo de estudio, no se ha analizado la eficiencia. Se estima conveniente considerar este aspecto en futuras investigaciones. El presente estudio puede ser considerado un aporte a la literatura existente sobre la utilidad clínica y versatilidad del PU, lo que lo torna aplicable en diferentes contextos y con poblaciones diferentes.

Conclusiones

La pandemia se asocia a un impacto negativo en el bienestar y salud de las personas, por lo tanto, resultaba con-

veniente promover instancias de prevención de la salud. En el contexto de pandemia por COVID 19 en España, ser mayor de 60 años aumentaba las probabilidades de muerte y por ende de desarrollar algún desajuste emocional al ser considerado un grupo de riesgo

El PU es una intervención cognitivo conductual de base emocional que ha mostrado una viabilidad preliminar y utilidad clínica en diversas poblaciones tales como mujeres víctimas violencia (Osma et al., 2022), mujeres en tratamiento por infertilidad (Martínez-Borba et al., 2022), entre otras, por lo que puede resultar de utilidad para mejorar la regulación emocional de las personas adultas mayores.

Considerando que los tratamientos psicológicos dispensados a través de procedimientos online son una aproximación emergente para desarrollar el acceso a las terapias cognitivo-conductuales basada en la evidencia (Sandín et al., 2020), se estima que el presente trabajo puede ser un valioso aporte. Asimismo, su formato grupal resultó coste efectivo.

El contar con información preliminar sobre la viabilidad y utilidad clínica del PU con alumnado del AUM en contexto académicos, aporta múltiples ventajas.

La primera es la posibilidad de diseñar este tipo de intervenciones desde un contexto académico, no estigmatizante, y que permita mejorar la regulación emocional de los adultos mayores.

La segunda es que, al tratarse de un abordaje grupal, permite llegar a un mayor número de personas con poco recurso humano, además de los beneficios que el abordaje grupal genera per se. Tal como han mencionado Echeburua y Del Corral (2007) entre sus beneficios es posible mencionar: favorece el refuerzo social positivo, el modelado, la motivación al cambio y el aprendizaje de mejores estrategias de afrontamiento.

En tercer lugar, al tratarse de una intervención en línea, posibilita la participación de personas que residen en diferentes lugares de la Provincia de Cádiz y que asisten a los diferentes Campus de la UCA (Campus de Cádiz, Jerez de la Frontera, Puerto Real y Algeciras), facilitando el esta-

blecimiento de nuevas relaciones interpersonales, algo de importancia en la población diana.

Consideramos que este tipo de intervención responde a las necesidades de esta población y ofrece un tratamiento que mejora la regulación emocional y salud de estas personas.

Con este estudio se ha obtenido valiosa información preliminar que muestra la utilidad clínica y la viabilidad y aceptación del PU en formato grupal en línea en estudiantes del AUM de la UCA.

Los resultados preliminares obtenidos son prometedores. Si bien las limitaciones inherentes a este tipo de estudios implican la necesidad de ser cautelosos a la hora de interpretarlos, se estima que los mismos permiten justificar el diseño y ejecución de un estudio clínico aleatorizado para superar las limitaciones del presente estudio.

En este sentido, futuros estudios deberían considerar análisis más controlados con muestras más grandes y considerando las limitaciones del presente estudio: en primer lugar, proponer previamente una capacitación sobre el manejo de las TICs, incluir seguimientos a los 3, 6 y 12 meses, para nombrar solo algunos aspectos a tener en cuenta.

Se estima que contar con este estudio permitirá diseñar intervenciones más específicas que respondan a las necesidades de la población diana, y así aportar, desde un contexto académico, al bienestar y mejora de la salud integral de los participantes.

Los hallazgos de este estudio permiten concluir que, participar en un programa de prevención selectiva de la salud, en formato grupal, online, sincrónico ayudó a disminuir el malestar de los estudiantes mayores participantes.

Referencias

- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª ed.). Autor.
- American Psychological Association. (2021). *Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/clinical-psychology>
- Ausín, B., Muñoz, M. y Castellanos, M. (2017). Loneliness, Sociodemographic and Mental Health Variables in Spanish Adults over 65 Years Old. *The Spanish Journal of Psychology*, 20, Artículo e46. <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.48>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray Latin, H., Ellard, K., Bullis, J., Bentley, K., Boettcher, H. y Cassiello-Robbins, C. (2019b). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales: Manual del terapeuta [Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorder: Workbook]* (Trad. J. J. Osma López y E. Crespo Delgado; 2ª ed. rev y act.). Alianza.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray Latin, H., Ellard, K., Bullis, J., Bentley, K., Boettcher, H. y Cassiello-Robbins, C. (2019a). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales: Manual del paciente [Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorder: Workbook]* (Trad. J. J. Osma López y E. Crespo Delgado; 2ª ed. rev y act.). Alianza.
- Bentley, K., Gallagher, M., Carl, J. y Barlow, D. H. (2014). Development and Validation of the Overall Depression Severity and Impairment Scale. *Psychological Assessment*, 26(3), 815–830. <https://doi.org/10.1037/a0036216>
- Borkovec, T. D. y Nau, S. D. (1972). Credibility of Analogue Therapy Rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 257–260.
- Botella-Arbona, C., García Palacios, A., Díaz García, A., González Robles, A. y Castilla López, D. (2019). Protocolo de tratamiento transdiagnóstico online para los trastornos emocionales. En J. Osma (coord.), *Aplicaciones del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de la disregulación emocional* (pp. 297–318). Alianza.
- Campbell-Sills, L., Norman, S. B., Craske, M. G., Sullivan, G., Lang, A. J., Chavira, D. A., Bystritsky, A., Sherbourne, C., Roy-Byrne, P. y Stein, M. B. (2009). Validation of a Brief Measure of Anxiety-Related Severity and Impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Affective Disorders*, 112(1–3), 92–101. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.03.014>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2ª ed.). Academic Press.
- Consejo General de la Psicología de España. (2020). *El rol de los psicólogos en Europa frente al coronavirus-comunicado de la EFPA*. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8636
- Consejo General de Psicología de España. (2017). *Guía para la práctica de la telepsicología*. <http://www.cop.es/pdf/telepsicologia2017.pdf>
- CORE-OM. (2021). *Sitio web oficial en español* [página web]. <https://www.ub.edu/terdep/core/>
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1999). *NEO PI-R Manual. NEO PI-R, Inventario de Personalidad NEO Revisado. NEO-FFI, Inventario NEO reducido de Cinco Factores*. TEA.
- Dávila de Velásquez, A. (2021). El adulto mayor y la educación no formal en tiempos de pandemia [The Elderly Adult and Non-formal Education in Times of Pandemic]. *Revista Educare*, 25(1), 457–474.
- De Andrés-Pizarro, J. (2000). El análisis de estudios cualitativo [Analysis of Qualitative Studies]. *Atención Primaria*, 25(1), 42–46. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78463-0](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78463-0)

- Díaz Barrientos, E., Reyes Terrero, E. y Sosa Cornado, A. (2016). Comportamiento del anciano ante situaciones de desastres [Elderly behavior when facing disasters situations]. *Medisan*, 20(3), 390–394.
- Echeburua, E. y Del Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, ¿cómo y para qué? [Crisis Intervention in Victims of Traumatic Events: When, How and What for?]. *Psicología Conductual*, 15(3), 373–387.
- Feixas, G., García-Grau, E., Bados, A., González, E., Corbella, S., Botella, L., Saúl, L. Ángel, Trujillo, A., Evans, C. y López-González, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure [The Spanish Version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM)]. *Revista De Psicoterapia*, 23(89), 109–135. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.641>
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., Suzuki, N. y Watson, D. (2014). The Brief Experiential Avoidance Questionnaire: Development and Initial Validation. *Psychological Assessment*, 26(1), 35–45. <https://doi.org/10.1037/a0034473>
- Grill, S., Castañeiras, C. y Fasciglione, M. P. (2017). Aplicación grupal del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en población argentina [Group application of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in Argentine population]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22, 171–181. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18122>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación (6ª ed.)* [Investigation Methodology]. McGraw Hill.
- Hervás-Torres, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo [Spanish Adaptation of an Instrument to Assess Ruminative Style: Ruminative Responses Scale]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(2), 111–121. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.2.2008.4054>
- Labrador, F. J., Estupiñá, F. J. y García Vera, M. P. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados [Psychological Care Demand in Clinical Practice: Treatment and Results]. *Psicothema*, 22(3), 619–626. <https://doi.org/10.1177/0145445516667664>
- López-Gómez, I., Hervás, G. y Vázquez, C. (2015). Adaptación de la “Escala de afecto positivo y negativo” (PANAS) en una muestra general española. *Psicología Conductual*, 23(3), 529–548.
- Martínez-Borba, V., Osma, J., Crespo-Delgado, E., Andreu-Pejó, L. y Monferrer-Serrano, A. (2022). Prevention of Emotional Disorders and Symptoms Under Health Conditions: A Pilot Study using the Unified Protocol in a Fertility Unit. *Annals of Psychology*, 38(1), 25–35. <https://doi.org/10.6018/analesps.462331>
- Mezzich, J., Cohen, N. y Ruipérez, M. (1996). A Quality of Life Index: Brief description and validation. Paper presented at the *International Congress of the International Federation for Psychiatric Epidemiology*. Santiago de Compostela, Spain.
- Mezzich, J., Ruipérez, M., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J. y Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the Quality of Life Index: Presentation and Validation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(5), 301–305. <https://doi.org/10.1097/00005053-200005000-00008>
- Moreno, E. y Moriana, J. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria [The treatment of Mental Health

- and Psychological Problems in a Primary Care]. *Salud Mental*, 4, 315–328. <https://pdfs.semanticscholar.org/5d2b/1ba42edb913ee711cd388776f6bbca8e4c0b.pdf>
- Mrazek, P. y Haggerty, R. (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academy.
- Nolen-Hoeksema, S. y Morrow, J. (1991). A Prospective Study of Depression and Posttraumatic Stress Symptoms after a Natural Disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115–121. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.1.115>
- Norman, S., Campbell-Sills, L., Hitchcock, C., Sullivan, S., Rochlin, A., Wilkins, K. y Stein, M. B. (2011). Psychometrics of a Brief Measure of Anxiety to Detect Severity and Impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Psychiatric Research*, 45(2), 262–268. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.06.011>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depression and other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). ¿Qué es una pandemia? https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/
- Osma, J. (2019). *Aplicaciones del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de la desregulación emocional*. Alianza.
- Osma, J., Martínez-Loredo, V., Díaz-García, A., Quilez-Orden, A. y Peris-Baquero, O. (2022). Spanish Adaptation of the Overall Anxiety and Depression Severity and Impairment Scales in University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), Artículo 345. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010345>
- Osma, J., Quilez-Ordena, A., Suso-Ribera, C., Peris-Baquero, O., Normand, S., Bentley, K., Sauer-Zavala, S. (2019). Psychometric properties and validation of the Spanish versions of the overall anxiety and depression severity and impairment scales. *Journal of Affective Disorders*, 252, 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.063>
- Pedrosa, I., Celis-Atenas, K., Suárez-Álvarez, J., García-Cueto, E. y Muñiz, J. (2015). Cuestionario para la evaluación del optimismo: Fiabilidad y evidencias de validez [Questionnaire for the Assessment of Optimism: Reliability and Evidence of Validity]. *Terapia Psicológica*, 33(2), 127–138.
- Pérez-Zepeda, M. U. (2015). La importancia de la investigación para el bienestar del adulto mayor [The Importance of Research for the Well-Being of the Elderly]. *Enfermería Universitaria*, 12(2), 47–48. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.001>
- Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE-A-2020-3692. Publicado en BOE, 67, de 14 de marzo de 2020, 25390-25400. <https://www.boe.es/>
- Rosique-Sanz, M., Sandín, B., Valiente, R., García-Escalera, J. y Chorot, P. (2019). Tratamiento transdiagnóstico de un caso clínico con elevada comorbilidad de trastornos emocionales: aplicación del protocolo unificado [Transdiagnostic Treatment in a Clinical Case of High Comorbidity of Emotional Disorders: Application of the Unified Protocol]. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(1), 79–91. <http://doi.org/10.24205/03276716.2019.1092>
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T., Santed, M. y Valiente, R. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural [The PANAS Scale of Positive and Negative Affect: Factor Analytic Validation and Cross-cultural Convergence]. *Psicothema*, 11(1), 37–51.

- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Pineda, D., Espinosa, V., Magaz, M. y Chorot, P. (2020). 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 [Internet-Delivered Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (iUP-A): Web Application and Study Protocol for a Randomized Controlled Trial]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24, 197–215. <https://doi.org/10.5944/rppc.26460>
- Sevilla Caro, M., Salgado Soto, M. y Osuna Millán, N. (2015). Envejecimiento activo. Las TIC en la vida del adulto mayor. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 6(11), 574–587.
- Sotelo, I., Rojas, J., Sánchez, C. y Irigoyen, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: epidemiológica desde el primer nivel de atención [Depression in the Elderly: a Clinical and Epidemiological Perspective from Primary Care]. *Archivos en Medicina Familiar*, 14(1), 5–13.
- Trujillo, A., Feixas, G., Bados, A. y García Grau, E. (2016). Psychometric Properties of the Spanish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure. *Neuropsychiatric Disorder Treatment*, 12, 1457–1466. <https://doi.org/10.2147/NDT.S103079>
- Universidad de Cádiz. (2021). Presentación Aula Universitaria de Mayores. <https://atencionalumnado.uca.es/presentacion-aude-mayores/>
- Vásquez-Rizo, F., García-Torres, D., Valencia-Pizarro, M. y Gabalán-Coello, J. (2020). Análisis de la apropiación tecnológica en el adulto mayor. Más allá de la edad [Analysis of Technological Appropriation by Elderly People. Beyond Age]. *Ánfora*, 27(49), 125–142. <https://doi.org/10.30854/anf.v27.n49.2020.741>
- Vega, O. y Quintero-Romero, S. (2019). Persona adulta mayor y TIC: un ambiente propicio para consolidar [Elderly Adult Person and Ict: An Enabling Environment to Consolidate]. *Anales en Gerontología*, 11, 129–140.
- Villafuerte Reinante, Y., Alonso Abatt, Y., Alonso Vila, Y., Alcaide Guardado, Y., Leyva Betancourt, I. y Arteaga Cuéllar, Y. (2017). El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial [Elderly Well-being and Quality of Life, a Challenge for Inter-Sectoral Action]. *Medisur*, 15(1), 85–92.
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores [Psychological Well-Being, Perceived Social Support and Health Perception Among Older Adults]. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23–29.
- Watson, D., Clark, L. y Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>

