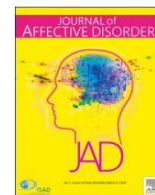


Listas de contenidos disponibles en [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

Revista de trastornos afectivos

página de inicio de la revista: www.elsevier.com/locate/jad

Artículo de revisión

Una revisión sistemática de los programas de prevención dirigidos a la depresión, la ansiedad y el estrés en estudiantes universitarios Leslie R. Rith-Najarian, ÿ , Maya M. Boustani, Bruce F. Chorpitaa

^a Departamento de Psicología, Universidad de California, Los Ángeles, Estados Unidos^b Departamento de Psicología, Universidad de Loma Linda, Estados Unidos

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Palabras clave:

Prevención

Estudiantes universitarios

Depresión

Ansiedad

Estrés

Elementos comunes

RESUMEN

Antecedentes: Dada la prevalencia de ansiedad, depresión y estrés entre estudiantes universitarios, es importante evaluar la efectividad de los programas de prevención de estos problemas. Más allá de examinar los tamaños del efecto, la aplicación de un enfoque de elementos comunes puede mejorar nuestra comprensión de qué elementos de la práctica se incluyen con mayor frecuencia en los programas de reducción de síntomas.

Método: Esta revisión examinó programas de prevención efectivos (es decir, que producen resultados) dirigidos a la depresión, la ansiedad y/o el estrés en estudiantes universitarios. Los programas podrían entregarse en un formato grupal, en línea/por computadora o autoadministrado y en el nivel de prevención universal, selectiva o indicada.

Resultados: La muestra resultante de 62 artículos cubrió 68 programas de prevención para estudiantes universitarios, graduados o profesionales en 15 países. Los tamaños del efecto promedio de los programas fueron moderados (g general = 0,65), independientemente del formato de entrega o el nivel de prevención. Los elementos de práctica más comunes (en general y para programas que produjeron grandes efectos) fueron: psicoeducación (72%), relajación (69%) y monitoreo/reestructuración cognitiva (47%). Muchos programas se vieron limitados por: (a) discrepancias entre los síntomas y los resultados, (b) muestras desproporcionadamente femeninas y (c) datos de cumplimiento informados de manera inconsistente.

Limitaciones: El hecho de que los elementos de la práctica sean comunes en las intervenciones que producen resultados no implica su amplitud ni su contribución única a la eficacia. La codificación se basó en la información de los artículos en lugar de los manuales, y la confiabilidad entre evaluadores fue moderada para algunos elementos de la práctica.

Conclusión: Los programas de prevención que produjeron resultados en nuestra muestra tenían elementos de práctica común y produjeron una reducción moderada de los síntomas en general. La investigación futura de los programas de prevención de la depresión, la ansiedad y el estrés para estudiantes universitarios puede investigar el impacto único y combinado de los elementos de la práctica en los resultados, explorar más a fondo los elementos de la práctica subestimados y utilizar los hallazgos para informar el diseño de la intervención.

1. Introducción

Los estudiantes universitarios corren un alto riesgo de sufrir síntomas de depresión y ansiedad (American College Health Association, 2018; Zivin et al., 2009) y están expuestos a múltiples factores estresantes exclusivos de este período de desarrollo (Beiter et al., 2015; Drake et al., 2016), destacando la necesidad de intervenciones que aborden estos problemas de salud mental. Si bien la prevalencia de trastornos psicológicos en adultos jóvenes es elevada independientemente de la inscripción postsecundaria (Blanco et al., 2008), la programación de prevención basada en el campus tiene algunas ventajas naturales para la implementación a gran escala, dada la proximidad geográfica de los estudiantes entre sí y los recursos disponibles del campus. Los programas de prevención para estudiantes universitarios tienen el potencial de reducir las experiencias de depresión, ansiedad y estrés, junto con las consecuencias asociadas, como la universidad.

abandono escolar, disminución del rendimiento académico, funcionamiento social y comportamiento suicida (American College Health Association, 2018; Keyes et al., 2012; NAMI, 2012; Salzer, 2012).

1.1. Revisiones de programas de prevención para estudiantes universitarios

Se han realizado múltiples revisiones sistemáticas de programas de prevención de la depresión, la ansiedad y/o el estrés en estudiantes universitarios, en las que los hallazgos han sido inconsistentes. Por ejemplo, Conley et al. (2015) revisaron los programas universales de prevención de la salud mental para estudiantes universitarios que se enfocaban en la depresión, la ansiedad y el estrés, y encontraron pequeños efectos para los programas de entrenamiento de habilidades, siempre que incluyeran la práctica supervisada de habilidades. Otra revisión se centró en los programas de prevención basados en la tecnología para la depresión, la ansiedad y la

ÿ Autor para correspondencia en: Departamento de Psicología, Universidad de California - Los Ángeles, 1285 Franz Hall, Box 951563, Los Ángeles, CA 90095, Estados Unidos.

Dirección de correo electrónico: leslierrn@ucla.edu (LR Rith-Najarian).

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.035> Recibido el

30 de octubre de 2018; Recibido en forma revisada el 5 de mayo de 2019; Aceptado el 29 de junio de 2019

Disponible en línea el 8 de julio de 2019 0165-0327/ © 2019 Elsevier BV Todos los derechos reservados.

estrés en estudiantes universitarios, y encontró efectos moderados para estos programas en comparación con grupos de comparación inactivos (p. ej., lista de espera), pero no cuando se compara con otro grupo activo (por ejemplo, atencional control; [Davies et al., 2014](#)). De manera similar, una revisión de los programas de prevención de la ansiedad y la depresión para adolescentes y adultos jóvenes encontró reducción de síntomas en solo el 60% de los programas ([Christensen et al., 2010](#)). Además, una revisión de los programas de prevención de la depresión para estudiantes universitarios los estudiantes concluyeron que la evidencia de resultados efectivos en la literatura actualmente es insuficiente, debido a la falta de intervenciones estandarizadas que han sido implementados y evaluados en múltiples contextos estudiantiles ([Buchanan, 2012](#)). Dados los hallazgos contradictorios en las revisiones que examinaron eficacia variable por las diferencias del programa de prevención, puede ser importante dar un paso atrás y explorar más a fondo los puntos en común entre los programas efectivos. Hasta este punto, aunque estas revisiones han sintetizado información sobre la demografía, el tamaño del efecto de los resultados y las comparaciones por tipo de tratamiento amplio (p. ej., terapia cognitiva conductual versus entrenamiento de relajación; entrenamiento de habilidades versus psicoeducación), ninguno han examinado elementos específicos de prácticas de intervención comunes programas de prevención exitosos.

1.2. Por qué identificar elementos de práctica común de una intervención eficaz programas

Investigación sobre los elementos de la práctica, a veces también llamado tratamiento componentes, elementos comunes, elementos de tratamiento o componentes comunes – ha ido creciendo en el campo de la psicología clínica (por ejemplo, [Chorpita et al., 2005](#); [Murray et al., 2014](#); [Weisz et al., 2011](#)). Práctica elementos son las estrategias y técnicas clínicas discretas que son común en un conjunto específico de intervenciones. Los elementos de práctica pueden ser estrategias de instrucción (p. ej., psicoeducación sobre los síntomas y cliente está experimentando) o estrategias basadas en habilidades que promuevan la mejora en los síntomas (por ejemplo, la introducción de la reestructuración cognitiva principios a un cliente y hacer que practique la habilidad). identificando y comprender los elementos de la práctica puede ayudarnos a comprender qué es común entre los tratamientos, en lugar de solo enfatizar las diferencias entre tratamientos ([Arch y Craske, 2008](#); [Rotheram-Borus et al., 2012](#)). Además, se ha argumentado que la identificación de elementos prácticos, junto con la teoría y los marcos lógicos para elementos organizadores, pueden informar el diseño o la adaptación del protocolo dentro de un determinado contexto o población para aumentar la compatibilidad de los tratamientos (ver [Chorpita y Daleiden, 2014](#), para ver ejemplos de enfoques exitosos basados en componentes para diseñar) y programas de prevención ([Rith Najarian et al., 2016](#)). A falta de una base existente basada en la evidencia tratamiento para una población específica, basándose en elementos de práctica conocidos puede proporcionar al menos un enfoque de tratamiento basado en la evidencia, en lugar de que forzar la selección de un tratamiento existente que es inapropiado para el contexto o tomar decisiones clínicas completamente desde cero ([Southam-Gerow et al., 2014](#)). Finalmente, la investigación que identifique los elementos de práctica también pueden resaltar qué elementos de práctica están relativamente poco investigados y podrían beneficiarse de más pruebas. El campo de la prevención de la salud mental podría cosechar beneficios al aplicar los enfoques científicos utilizados por la investigación de elementos prácticos para sintetizar mejor lo que sabemos sobre los elementos comunes de la prevención eficaz programación.

1.3. Cómo identificar los elementos prácticos de las intervenciones

Una estrategia que permite la identificación sistemática y la agregación de elementos de intervención se denomina destilación y modelo de emparejamiento (DMM; [Chorpita et al., 2005](#)). Al aplicar el DMM, primero se revisan los estudios de programas de intervención (para alguna población predefinida, destinatarios, contextos, etc.) con el fin de codificar su protocolos de tratamiento, que pueden considerarse compuestos de práctica elementos. Según las descripciones del contenido del protocolo, la información sobre Los enfoques clínicos pragmáticos subyacentes (p. ej., desarrollo de conocimientos, exposición) pueden extraerse y reducirse a un conjunto de prácticas ateóricas.

códigos de elementos: la "destilación". La parte de "coincidencia" implica analizar si surgen perfiles únicos o grupos de elementos dentro de contextos distintos en la literatura (por ejemplo, tratamientos dirigidos a la ansiedad versus aquellos que tratan la depresión; tratamientos administrados en un grupo versus uno a uno). Incluso sin llevar a cabo los procedimientos analíticos para la componente de "emparejamiento", la "destilación" permite la identificación de elementos comunes de los protocolos de tratamiento para determinar qué elementos de la práctica individual se incluyen con mayor frecuencia en programas de determinadas características (por ejemplo, prevención de nivel universal para ansiedad).

La metodología de destilación ya ha llevado a la identificación de elementos comunes para: programas universales de prevención de adolescentes ([Boustani et al., 2015](#)); prevención del maltrato infantil en el hogar ([Kaye et al., 2018](#)), tratamientos psicosociales infantiles para el comportamiento disruptivo ([Garland et al., 2008](#)); prácticas de participación en la salud mental de los niños servicios de salud ([Becker et al., 2018](#); [Lindsey et al., 2014](#)); y prácticas de compromiso para el primer episodio de psicosis ([Becker et al., 2016](#)).

Destilación de elementos comunes de los programas de prevención dirigidos la depresión, la ansiedad y el estrés de los estudiantes universitarios mejorarán nuestra comprensión de tales programas, licitando los beneficios para la clínica toma de decisiones (p. ej., informar a las partes interesadas y a los médicos en contextos o con ciertas poblaciones para las que no existe evidencia basada en intervención) y la planificación de la investigación (p. ej., identificar los elementos de la práctica poco estudiados que necesitan más investigación). En términos generales, un enfoque de destilación permitirá la síntesis de los elementos comunes de la práctica a través de Programación de prevención dentro de la literatura de prevención de estudiantes universitarios por primera vez.

1.4. El estudio actual

Esta revisión tuvo como objetivo examinar sistemáticamente los programas que se enfocan en la depresión, la ansiedad y/o el estrés en la universidad estudiantes en el nivel de prevención universal, selectiva e indicada, incluidos los programas grupales, en línea o por computadora, y autoadministrado. Un objetivo preliminar de esta revisión fue proporcionar un resumen actualizado de las características de dicho programa de prevención estudios (por ejemplo, tipos de formato de entrega, objetivos, datos demográficos de muestra, datos de adherencia/competencia) y sus tamaños de efecto agregados. Entonces el objetivo principal era identificar los elementos de la práctica que son comunes a estos programas de prevención, utilizando el enfoque de destilación. Además para examinar la frecuencia general de los elementos de práctica en todos los programas, comparamos las frecuencias de los elementos entre: 1) universal, selectiva y programas de prevención indicados; 2) programas grupales, en línea/entregados por computadora y autoadministrados; y 3) programas que producen tamaños del efecto pequeño, moderado y grande. El objetivo de esta investigación fue exploratorio dada su novedad dentro de la prevención estudiantil universitaria. literatura, y por lo tanto no había hipótesis a priori sobre cuáles los elementos serían los más frecuentes ni sobre ninguna diferencia en la distribución de la frecuencia entre las categorías. En general, nuestra estrategia de revisión amplía los de revisiones similares anteriores al examinar no solo tipos de programas de prevención, estudio de investigación/características de la muestra y tamaños del efecto de resultado, sino también elementos de práctica a nivel agregado.

2. Métodos

2.1. Selección y muestra de artículos

2.1.1. Identificación del artículo

Primero identificamos revisiones realizadas sobre temas relacionados y compilamos artículos de sus listas de referencia: [Bamber y Kraenzle Schneider \(2016\)](#), $n = 57$; [Buchanan \(2012\)](#), $n = 16$; [Christensen y colegas \(2010\)](#), $n = 36$; [Conley et al. \(2015\)](#), $n = 91$; [Davis et al. \(2014\)](#), $n = 36$ (lista de artículos incluidos y excluidos); [Farrer et al. \(2013\)](#), $n = 27$; [Larun et al. \(2006\)](#), $n = 16$; [Regehr et al. \(2013\)](#), $n = 32$. A continuación, identificamos artículos adicionales sobre intervenciones relevantes a través de una búsqueda en línea de Cochrane

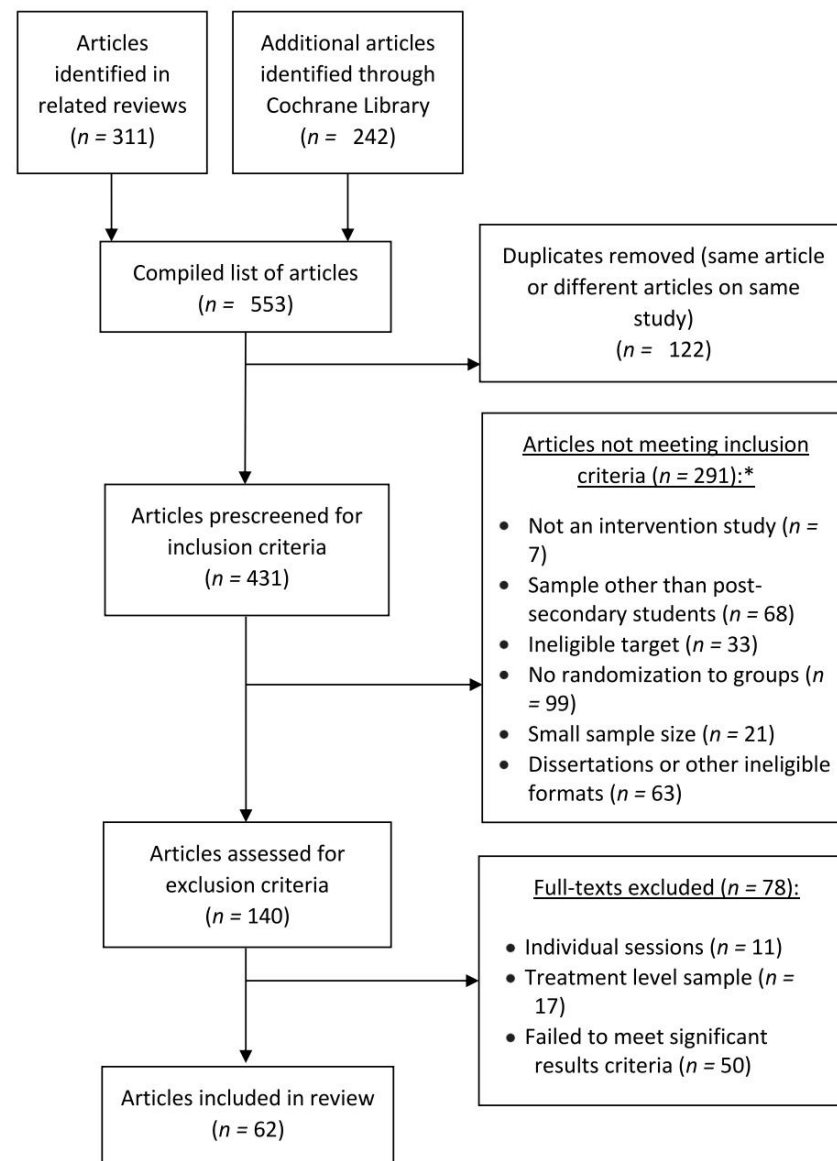


Figura 1. Diagrama de flujo de identificación, inclusión y exclusión de artículos.

*Nota: Es posible que los artículos no hayan cumplido con varios criterios de inclusión, pero informamos su eliminación solo una vez, de acuerdo con este orden de criterios de inclusión.

Biblioteca. La búsqueda, actualizada por última vez en abril de 2018, utilizó las siguientes restricciones simultáneas (incluidas variaciones de palabras) para identificar 242 registros que: (a) estaban en la categoría de *ensayos*, (b) tenían un título que contenía la palabra *prevención, intervención, programa, capacitación, semestre o reducción del estrés*; (c) tenía un título que contenía la palabra *depresión, ansiedad, estrés* o *transdiagnóstico*; (d) tenía la palabra *estudiante* apareciendo en el título, resumen, o palabras clave; y (e) tenía un título que no contenía las palabras *niño, adolescente o escuela*. Artículos duplicados (ya sea el mismo artículo, $n = 118$, o artículos sobre el mismo estudio o el mismo grupo de prevención, $n = 4$, por ejemplo, Braithwaite y Fincham, 2007, SR 2009) fueron eliminados, dejando 243 artículos de otras revisiones y 188 artículos identificados en el Cochrane Biblioteca para ser preseleccionada. El diagrama de flujo de inclusión/exclusión de artículos se presenta en la figura 1.

2.1.2. Criterios de inclusión

Se requirió que los estudios incluidos tuvieran: (a) investigado un intervención; (b) incluyeron estudiantes postsecundarios (las muestras de no estudiantes de edad equivalente no fueron elegibles); (c) han sido diseñados para apuntar principalmente ansiedad (es decir, ansiedad general, preocupación, rendimiento/social, perfeccionismo, pánico), depresión (es decir, depresión mayor, estado de ánimo, afecto) o

estrés (es decir, estrés psicológico, estrés fisiológico o angustia); (d) utilizó la asignación aleatoria a los grupos; (e) usó un tamaño de muestra de estudio total de 30 estudiantes o más, y (f) ha sido publicado en una revista revisada por pares (por ejemplo, las disertaciones que no fueron aceptadas posteriormente para su publicación no fueron elegibles, los artículos presentados en congresos no fueron elegibles). para artículos identificados, los criterios de inclusión se determinaron en base a los datos extraídos información del artículo proporcionada en artículos de revisión o leyendo el artículo completo artículo texto del artículo original, cuando la información de las reseñas fue insuficiente. Para los artículos identificados en la Biblioteca Cochrane, los criterios de inclusión se determinaron mediante la lectura de los resúmenes o, de nuevo, mediante leyendo el texto completo del artículo, cuando el resumen no fue lo suficientemente formativo. Con base en los criterios de inclusión, 140 artículos fueron retenidos para revisión.

2.1.3. Criterio de exclusión

Luego revisamos los 140 artículos de texto completo restantes para aplicar nuestro Criterio de exclusión. En primer lugar, excluimos las intervenciones que se realizaron en sesiones individuales, ya que las consideramos característicamente diferentes y menos escalable para la programación a nivel de prevención en las universidades. En segundo lugar, excluimos las intervenciones que se probaron en muestras clínicas.

en el que la mayoría o todos los estudiantes cumplieron con los criterios para un trastorno de ansiedad o del estado de ánimo en el DSM-5 o superaron un puntaje de corte clínico (se permitieron puntajes de corte subclínicos). Consideramos tales intervenciones como más representativas de una intervención terciaria o "nivel de tratamiento". Sin embargo, no se excluyeron los estudios que incluyeron algunos participantes con nivel de diagnóstico, siempre que la mayoría (es decir, > 50%) fueran subclínicos o sintomáticos bajos.

Para el criterio de exclusión final, revisamos las secciones de resultados de los 112 artículos restantes para confirmar resultados significativos para un grupo de intervención "ganador" en una medida de resultado elegible de interés ($n = 50$ excluidos). Para calificar como un grupo de intervención "ganador", requerimos al menos un resultado positivo y significativo (es decir, $p < 0,05$) entre grupos para una medida de resultado establecida de: depresión, ansiedad, estrés o afecto positivo/negativo. Este criterio "ganador" ha sido utilizado por otras revisiones de destilación de elementos comunes (Becker et al., 2018; Boustani et al., 2015; Chorpita et al., 2005) y se aplicó porque queríamos que los resultados de nuestra revisión representaran los hallazgos de "exitosos" programas de prevención, y las comparaciones entre programas efectivos e ineficaces se consideraron más allá del alcance de este documento. El primer autor codificó los resultados de todos los artículos, y el segundo autor codificó dos veces un subconjunto de 58 artículos para confirmar la confiabilidad de la decisión de exclusión ($\gamma = 0,78$). Debe haber habido un resultado entre grupos observado para el grupo de intervención en la evaluación posterior (no en la evaluación intermedia ni en el seguimiento), o una interacción significativa de grupo por tiempo desde la evaluación previa a la posterior. Si un estudio informó diferencias significativas entre grupos en cualquier variable al inicio, entonces la covariable respectiva debe haberse incluido en el análisis. Por el contrario, si los resultados solo eran significativos al incluir una covariable no justificada en los análisis, entonces los resultados significativos no se contaron para ese resultado respectivo. Por último, se excluyeron los estudios que demostraron resultados significativos entre grupos solo en una medida creada por el estudio o solo en un estado de diagnóstico evaluado clínicamente (es decir, sin usar una entrevista estructurada estandarizada), porque consideramos que tales medidas no estaban estandarizadas (se excluyeron 2 artículos). Se retuvo un conjunto final de 62 artículos para la codificación, todos los cuales estaban escritos en inglés.

2.2. Procedimiento de codificación

2.2.1. Formación y creación del sistema de codificación Se

desarrolló un manual de codificación basado en el sistema de codificación clínica PracticeWise (PracticeWise, 2012), que ha sido la base para muchas otras revisiones de destilación publicadas (Becker et al., 2016; Boustani et al., 2015; Chorpita y Daleiden, 2009; Higa-McMillan et al., 2016; Lindsey et al., 2014). El libro de códigos PracticeWise se ha adaptado antes para la revisión de programas de prevención (Boustani et al., 2015), y de manera similar se desarrolló un manual específico para este estudio (ver detalles a continuación) para adaptarse mejor a la codificación de programas de prevención para estudiantes universitarios. Además de codificar la información reportada en el artículo del estudio, los datos se complementaron con materiales complementarios disponibles públicamente o información citada. Cinco codificadores de artículos (dos graduados universitarios, tres estudiantes universitarios avanzados, todos con especialización en psicología) se reunieron inicialmente para recibir capacitación sobre el manual de codificación. A cada codificador se le asignaron cinco artículos de práctica (no de la muestra de revisión final), después de lo cual el investigador principal brindó retroalimentación individualizada sobre su confiabilidad. Cada artículo fue codificado de forma independiente por un par de codificadores (27 artículos por un par, 21 artículos por un segundo par y 14 artículos por un tercer par). Las reuniones de validación de codificación se llevaron a cabo semanalmente con cada par para resolver las discrepancias, y el primer autor actuó como tercer evaluador de las discrepancias no resueltas.

La confiabilidad entre evaluadores se calculó con la estadística kappa de Cohen. Las estadísticas de confiabilidad se calcularon en función de la recopilación de datos del codificador antes de resolver las discrepancias. Usamos pautas previamente establecidas para caracterizar la magnitud de la confiabilidad entre evaluadores como: excelente para $\gamma \geq 0,75$, buena para $\gamma \geq 0,60$, moderada para $\gamma \geq 0,40$, regular para $\gamma \geq 0,20$ y mala para $\gamma < 0,20$ (Banerjee, 1999). ; Landis y Koch, 1977). La fiabilidad media entre evaluadores fue de 0,69 con un rango de 0,41 a

1.00. Todos los resultados de confiabilidad entre evaluadores se presentan junto con las definiciones completas de los códigos en la Tabla 1.

2.2.2. Tipo de nivel de prevención Se

utilizó el sistema de clasificación de prevención de Gordon (1983) para definir tres niveles de prevención: universal, selectivo e indicado. La categorización se codificó según la información de los criterios de inclusión y reclutamiento de participantes informada en los métodos y, a menudo, confirmada por la información en la introducción del artículo (p. ej., narración sobre la importancia de la prevención con una población objetivo determinada; descripción de los objetivos del estudio).

Por ejemplo, por lo general, los únicos criterios de inclusión para un programa de nivel "universal" serían la edad para el consentimiento y la inscripción actual como estudiante dentro del contexto de reclutamiento (p. ej., escuela de enfermería).

2.2.3. Tipo de formato de entrega Los

programas se clasificaron en tres tipos de formato de entrega: basados en grupos, en línea/por computadora o autoadministrados. La categorización se codificó según la descripción de la intervención informada en los métodos de cada artículo de estudio.

2.2.4. Objetivo de intervención

El objetivo se refiere a los síntomas o áreas problemáticas para las que se diseñó el programa de prevención: ansiedad, depresión y estrés. A los fines de esta revisión, se codificó el objetivo del programa de prevención si era común a dos o más de: (a) los criterios de selección para la muestra del estudio (a menos que fueran universales); (b) el objetivo informado por el estudio para la intervención, y (c) los resultados de la medida informados en los resultados.

Aunque muchos estudios podrían incluir medidas de ansiedad, depresión y/o estrés, este hecho por sí solo no significa que esos resultados fueran objetivos previstos. Por ejemplo, si un estudio incluyó a estudiantes con ansiedad subclínica, proporcionó programas de prevención de la ansiedad y la depresión y examinó los resultados de la ansiedad, la depresión y el estrés, entonces los objetivos serían tanto la depresión como la ansiedad. Los programas pueden tener múltiples objetivos. Por esta razón, no pudimos categorizar cada programa en una categoría objetivo, sino codificar la presencia de cada objetivo. Aunque no incluimos programas que se dirigieron principalmente a otras áreas problemáticas únicamente (p. ej., síntomas de externalización, uso de sustancias, trastornos alimentarios), tales resultados podrían haber sido objetivos primarios adicionales o objetivos secundarios.

2.2.5. Características de la muestra del estudio

Se utilizó un campo de escritura para recopilar la información geográfica y demográfica (p. ej., sexo, tipo de estudiante) sobre la muestra de cada estudio, que se extrajo directamente de las descripciones de la muestra y los datos descriptivos informados en los resultados del artículo del estudio.

2.2.6. Datos de cumplimiento/ finalización de la intervención

Se utilizó un campo de escritura para recopilar cualquier dato de cumplimiento/finalización sobre la intervención del estudio. Los datos podrían informarse en términos de adherencia, compromiso, tasa de uso del programa, cumplimiento, abandono del programa, etc.

2.2.7. Elementos de práctica

El sistema de codificación clínica PracticeWise está diseñado para evaluar estudios y protocolos relevantes para el tratamiento de problemas de salud mental de niños y adolescentes y, por lo tanto, no todos los códigos eran relevantes para nuestra población objetivo. De los 73 códigos de elementos originales de PracticeWise, excluimos 15 códigos relacionados con los padres (p. ej., "supervisión de los padres") y 39 códigos con baja prevalencia en la muestra del programa actual (es decir, presentes en el 5 % o menos de la muestra del programa; p. ej., "control de estímulo/antecedente", "contracción conductual", "prevención de respuesta"). Con base en nuestra preselección de artículos, agregamos dos nuevos códigos de elementos de práctica: "participación de pares" y "habilidades de manejo del estrés/afrontamiento". También creamos nuevos tipos específicos de "resolución de problemas" para representar prácticas de resolución de problemas específicas de "higiene del sueño" y "gestión del tiempo", y de tipos específicos de "psicoeducación" para diferenciar entre

tabla 1
Definiciones de código y valores kappa de Cohen correspondientes.

Código	Descripción	Kappa
Nivel de programa de prevención		.62
Universal	ofrecido a cualquier estudiante de la población, enfocado en promover comportamientos que generalmente reducen los resultados negativos. Un ejemplo de un programa de prevención universal sería un programa psicoeducativo para que todos los estudiantes aprendan a identificar los síntomas de depresión en sí mismos y en los demás.	
Selectivo	ofrecidos a subconjuntos de la población, identificados por edad, sexo u otras características distinguibles, que se espera que experimenten de manera única los beneficios de la programación de prevención. El subgrupo de población se selecciona por una razón relacionada con el propósito de la intervención. Un ejemplo de un programa de prevención selectiva sería un programa que se enfoca en la depresión a través de habilidades de comunicación y, por lo tanto, solo se entrega a los estudiantes que actualmente están en relaciones románticas.	
Indicado	ofrecido a personas con un nivel subclínico de síntomas relacionados con el objetivo de la intervención prevista. A menudo un estudio probar un programa de prevención indicado utilizará los criterios de inclusión relacionados con una puntuación de corte. Un ejemplo de un programa de prevención indicado sería un programa que se prueba en cualquier estudiante con puntajes de ansiedad en el "en riesgo" rango.	
formato de entrega		.76
basado en grupos	entregado en persona a múltiples participantes al mismo tiempo	
En línea/entregado por computadora	autoentregado al trabajar a través del contenido de un sitio web o un programa de computadora, de forma remota o en una ubicación designada	
autoadministrado	entregado a través de materiales escritos (instrucciones de ejercicios, folletos, libros, manuales) o materiales de audio/video que participantes utilizaron en su propio tiempo. Algunos programas incluían una sesión individual inicial con el fin de explicar al participante cómo llevar a cabo la intervención por su cuenta	
Objetivo		
Ansiedad	ansiedad general, preocupación, ansiedad por el desempeño, ansiedad social, perfeccionismo y/o pánico depresión mayor,	.81
Depresión	estado de ánimo deprimido, afecto negativo estrés psicológico, estrés fisiológico o angustia	.86
Estrés		.86
Elementos de práctica		
Programación de actividades	Habilidades para facilitar la participación en actividades y experiencias agradables, gratificantes o enriquecedoras	----
Promoción de la Accesibilidad	Estrategias para aumentar la conveniencia y accesibilidad para participar en el programa	.52a
Entrenamiento sobre asertividad	Ejercicios o técnicas diseñadas para promover la habilidad del estudiante para hacer valer sus necesidades apropiadamente con los demás.	----
Biorretroalimentación/ Neuroretroalimentación	Estrategias para proporcionar información sobre la propia actividad fisiológica, a menudo realizadas con equipos especializados.	1.00
Monitoreo/Reestructuración Cognitiva	Técnicas diseñadas para monitorear y alterar pensamientos inútiles	.72
Habilidades de comunicación	Capacitación sobre cómo comunicarse de manera más efectiva con otros para aumentar el funcionamiento positivo, aumentar la consistencia o minimizar el estrés	.89
Exposición	Técnicas o ejercicios que implican experiencia directa o imaginaria para practicar el abordaje de situaciones temidas.	.67
El establecimiento de metas	La selección explícita de una meta con el propósito de trabajar hacia ella a lo largo del programa.	----
Creación de conocimientos	Actividades específicamente diseñadas para ayudar a lograr una mayor autocomprensión acerca de las propias emociones, reacciones, desencadenantes o preferencias	.66
Mantenimiento/Prevención de recaídas	Ejercicios y entrenamientos diseñados para consolidar habilidades ya desarrolladas y anticipar desafíos futuros	.41
Atención plena	Ejercicios diseñados para facilitar la observación no evaluativa centrada en el presente de las experiencias a medida que ocurren, con un fuerte énfasis en estar "en el momento"	.89
Modelado/Mejora motivacional	Demostración de un comportamiento deseado, típicamente presentado por un líder del programa, materiales del programa o compañeros	----
	Ejercicios diseñados para aumentar la preparación para participar en los programas, como análisis de costo-beneficio, persuasión o cuestionamiento socrático	.42
Relajación	Técnicas o ejercicios diseñados para inducir la calma fisiológica, incluida la relajación muscular, ejercicios de respiración y meditación	.72
Compromiso entre pares*	Estímulo para interactuar o aprender de compañeros que experimentan el mismo problema objetivo	----
Retroalimentación de rendimiento	Proporcionar información sobre el desempeño propio o de otros, con base en la evaluación o la observación.	.68
Resolución de problemas	Capacitación en el uso de técnicas, debates o actividades diseñadas para generar soluciones a problemas específicos	.67
Psicoeducación: servicios/recursos conciencia*	Proporcionar información sobre los servicios disponibles y los recursos disponibles para los participantes, relevantes para sus necesidades.	.63
Psicoeducación: síntomas	La revisión formal de la información sobre un área problemática, el desarrollo de un problema y/o su relación con una propuesta.	.62
Autocontrol	La medición repetida de los propios síntomas, sentimientos y comportamientos. Habilidades	.61
Higiene del sueño*	específicas para resolver problemas de dificultades para dormir. Estrategias para ayudar a desarrollar	.88
Manejo del estrés/habilidades de afrontamiento*	habilidades para enfrentar y lidiar con factores estresantes, no especificados de otra manera. Ejemplos: "Estrategias para afrontar con síntomas del síndrome premenstrual relacionados con el estado de ánimo"; "Estrategias para la superación de la baja autoestima y regulación emocional"; "técnicas para reducir el estrés (p. ej., autoaprendizaje)"	.46
Gestión del tiempo*	Habilidades específicas para resolver problemas relacionados con la gestión del tiempo.	.71

^a Codificado solo para intervenciones grupales en persona. La naturaleza de las intervenciones en línea/administradas por computadora o autoadministradas debe ser accesible, pero no todas los estudios de estas intervenciones necesariamente describieron estrategias de promoción de la accesibilidad explícitamente dentro de la sección de descripción del protocolo. Por lo tanto, se consideró que codificar la presencia o ausencia de este elemento de práctica sería ambiguo para las intervenciones en línea/administradas por computadora o autoadministradas.

ÿ Elementos que no se encuentran en el manual de codificación clínica de PracticeWise en el momento de esta revisión. ÿÿ Elementos con definiciones ajustadas para adaptarse mejor a los programas de prevención.

"psicoeducación sobre síntomas" y "psicoeducación sobre servicios/recursos", distinción que se ha hecho en otros manuales de destilación (Becker et al., 2018). El sistema de codificación final incluía 24 elementos, como se describe en la Tabla 1. La confiabilidad entre evaluadores para la práctica elementos fue excelente para 5 elementos, bueno para 15 elementos y moderada para 4 elementos (ver Tabla 1). El investigador principal codificó todos los artículos durante una ronda final de revisión de expertos para confirmar la presencia o ausencia de elementos con moderada confiabilidad entre evaluadores.

2.3. Tamaños del efecto

Los tamaños del efecto entre grupos se calcularon en función de las medias, desviaciones estándar y tamaño de la muestra del grupo de intervención en comparación con el grupo de comparación después del tratamiento. Los tamaños del efecto fueron basados en los datos de resultado de las medidas con una calificación significativa resultado entre grupos (definido anteriormente). La *d* de Cohen con la corrección de Hedges para muestras pequeñas (Hedges, 1981) se calculó mediante la fórmula abajo.

573

Argument

																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					</
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

$$\text{Setos } g' = \frac{\text{milímetro}}{\sqrt{\frac{2 \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right) SD^2}{n_1 n_2} - 2}} \times \left(1 - \frac{3}{4(n_2 - 1) - 1} \right)$$

Se asignó un tamaño del efecto a cada grupo de intervención. Para las intervenciones en las que se calcularon múltiples tamaños del efecto, el más grande fue seleccionado en lugar de promediar los tamaños del efecto entre las medidas. Lo hicimos para evitar grupos en desventaja de estudios que informan resultados múltiples independientemente de la importancia de los resultados, ya que podrían estar sesgados a la baja en relación con los grupos de estudios que simplemente no informan resultados para resultados no significativos. También excluimos cualquier tamaño del efecto basado en datos de resultados con diferencias significativas al inicio que favorecen el grupo de intervención, ya que tales datos podrían inflar artificialmente el efecto Talla. Luego, cada grupo de intervención se clasificó en tres grupos de magnitud del tamaño del efecto: pequeña ($g = 0,20 - 0,49$), moderada ($g = 0,50 - 0,79$) y grande ($g = 0,80+$). Utilizamos metanálisis completo software versión 3 (Borenstein et al., 2013) para calcular el promedio tamaños del efecto con un modelo de efectos aleatorios.

Evaluamos el impacto del sesgo de publicación en los resultados del tamaño del efecto mediante: (a) examinar el gráfico en embudo (Torgerson, 2006) del error estándar (eje y) y los tamaños del efecto respectivos (eje x); ejecutando la prueba de regresión ponderada de Egger (Egger et al., 1997), y (c) calculando un N a prueba de fallas (Rosenthal, 1979).

2.4. Plan de análisis de datos

La mayoría de los análisis fueron descriptivos e informaron los resultados por conteo de frecuencias o porcentajes. Se utilizaron análisis de chi-cuadrado para examinar (a) si ciertos tipos de formato de entrega eran más probables en diferentes niveles de prevención y (b) si cada elemento de la práctica fue significativamente más/menos frecuente en determinados programas. Para examinar las diferencias en número medio de elementos de práctica, se utilizaron ANOVA de una vía con Pruebas post hoc de Bonferroni.

3. Resultados

3.1. Ejemplo de programa

La muestra final de artículos contenía 62 artículos, con 68 únicos ganar grupos de programas de prevención para codificar, porque 6 artículos probados múltiples programas de prevención que produjeron efectos significativos. Artículos fueron publicados entre 1978 y 2018. Características del programa de los artículos incluidos en nuestra revisión se describen en la [Tabla 2](#).

3.2. Niveles de prevención del programa y tipos de formato de entrega

Los programas estaban en los niveles de prevención de: universal ($n = 25$), selectivo ($n = 20$) e indicado ($n = 23$). Formatos de entrega del programa fueron: grupales ($n = 37$), en línea/administrados por computadora ($n = 16$) y autoadministrados ($n = 15$). De los programas de prevención universal, el 72% fueron grupales, el 16% fueron autoadministrados y el 12% fueron en línea/entregado por computadora. Los programas de prevención universal fueron significativamente más probable que se basen en grupos ($\chi^2 = 4,93$, $df = 1$, $p = 0,03$) que los programas de nivel no universal. De los programas de prevención selectiva, el 55% fueron grupales, el 35% fueron autoadministrados y el 10% fueron en línea/entregado por computadora. Aunque la proporción de autoadministrados grupos para programas de prevención selectiva fue mayor que para programas de nivel no selectivo, la desproporción no fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 2,76$, $df = 1$, $p = .10$). De los programas de prevención indicados, el 48 % eran en línea o por computadora, el 35 % eran grupales, y el 17% fueron autoentregados. Los programas de prevención indicados fueron significativamente más propensos a ser en línea/entregados por computadora ($\chi^2 = 11,40$, $df = 1$, $p = .001$) que los programas de nivel no indicado.

3.3. Objetivos de intervención

Los programas fueron diseñados para enfocarse en: estrés solamente ($n = 22$); depresión, ansiedad y estrés ($n = 12$); depresión y ansiedad ($n = 11$); solo ansiedad ($n = 10$); ansiedad y estrés ($n = 6$); depresión solamente ($n = 5$); y depresión y estrés ($n = 2$). Sin embargo, los tipos objetivo de una intervención no fueron necesariamente los tipos de resultado con resultados significativos (es decir, una intervención descrita como dirigida al estrés produjo un resultado significativo en una medida de depresión). De hecho, el 23,5 % de los grupos produjo resultados significativos en medidas de síntomas que no eran sus objetivos identificados; el 17,6 % obtuvo resultados significativos en medidas no objetivo junto con medidas congruentes con el objetivo y el 5,9 % obtuvo resultados significativos solo en medidas no objetivo. medidas objetivo.

3.4. Características de la muestra del estudio

Las intervenciones de esta revisión cubrieron una variedad de tipos de estudiantes, incluidos estudiantes universitarios (p. ej., estudiantes de primer año, estudiantes universitarios de cuatro años, estudiantes atletas universitarios, estudiantes de psicología, estudiantes de colegios comunitarios), estudiantes graduados y estudiantes profesionales (p. ej., estudiantes de enfermería, estudiantes de medicina, estudiantes de derecho, estudiantes de odontología). Los estudios se realizaron en 15 países. Excluyendo los estudios con muestras de un solo género ($n = 11$), la mayoría de las muestras fueron desproporcionadamente femeninas, con un 51 % con una muestra de dos tercios o más de mujeres y un 31 % con una muestra de al menos tres cuartos o más de mujeres. Consulte la [Tabla 2](#) para obtener más detalles sobre los tipos de estudiantes y la demografía de las muestras.

3.5. Datos de adherencia y finalización

Se informaron datos de cumplimiento y/o finalización de la intervención para 39 (57 %) de las intervenciones: 18 (49 %) administradas en grupo, 11 (69 %) en línea/por computadora y 10 (67 %) autoadministradas. No se contaron los estudios que solo informaron las tasas de abandono de la investigación. Las medidas de cumplimiento/finalización variaron ampliamente (p. ej., minutos en línea, finalización de la tarea, inicio de la intervención, frecuencia de práctica de habilidades, lectura de material, asistencia grupal). Algunos solo proporcionaron el porcentaje de participantes que "recibieron" o "completaron" la intervención sin más definición. El contexto fue un factor importante a tener en cuenta, ya que algunas de las tasas de finalización completa más altas reportadas fueron para la asistencia a una sola sesión ([Cukrowicz y Joiner, 2007](#); [Yusoff y Esa, 2015](#)) o para estudios con mayores incentivos (por ejemplo, \$300 o más de compensación por asistencia completa). participación en la intervención, [Rose et al., 2013](#); finalización de todas las sesiones requeridas para recibir crédito del curso, [Anshel, 1996](#)). Debido a la variabilidad en las medidas de adherencia utilizadas, no fue posible calcular las tasas promedio o los rangos actuales. Consulte la [Tabla 2](#) para obtener más detalles.

3.6. Tamaños del efecto

El tamaño del efecto promedio general entre grupos ($n = 64$) fue $g = 0,65$ [0,57–0,73]. Hubo tres artículos (que cubrían cuatro grupos) que no tenían datos suficientes para calcular el tamaño del efecto. Por formato de entrega, los tamaños del efecto fueron: 0,69 [0,58 - 0,81] por grupo ($n = 36$); 0,65 [0,50–0,81] para autoadministración ($n = 14$); y 0,52 [0,41–0,63] para entrega en línea/por computadora ($n = 14$). Por nivel de prevención, los tamaños del efecto fueron: 0,69 [0,55–0,83] para universal ($n = 24$); 0,73 [0,59–0,87] para selectivo ($n = 17$); y 0,53 [0,44–0,63] para indicado ($n = 23$). De los 64 grupos, el 29% de los grupos produjeron tamaños de efecto grandes; por 30% de programas selectivos, 28% de universales y 26% de programas indicados; y por el 35% de los programas administrados en grupo, el 27% de los autoadministrados y el 19% de los programas en línea/basados en computadora. Consulte la [Fig. 2](#) para ver un diagrama de bosque de todos los tamaños del efecto.

Nuestros análisis del impacto del sesgo de publicación en los tamaños del efecto sugirieron que nuestros datos estaban sesgados, ya que el gráfico en embudo era asimétrico y la prueba de regresión ponderada de Egger fue significativa ($t = 2,06$, $p = 0,04$). Sin embargo, la N a prueba de fallas indicó que se necesitarían agregar 8508 grupos con un tamaño de efecto de 0 a esta muestra de revisión para que el promedio

el tamaño del efecto de la intervención se vuelve no significativamente diferente de cero.

3.7. Practica las frecuencias de los elementos

[figos. 3 y 4](#) muestran las proporciones de programas con elementos de práctica específicos, comparados por nivel de prevención, formato de entrega y magnitud del tamaño del efecto. También se marcan qué elementos de práctica se incluyeron significativamente con mayor o menor frecuencia en los programas de cada categoría.

Los dos elementos de práctica más comunes en general fueron la psicoeducación y la relajación, independientemente del nivel de prevención, el tipo de entrega o la magnitud del tamaño del efecto.

Al revisar los patrones que surgieron de los resultados de frecuencia del elemento de práctica, creamos agrupaciones post hoc de elementos de práctica similares basados en habilidades. Los elementos de la práctica basada en habilidades que eran de naturaleza fisiológica fueron: relajación (69%), ejercicio físico (25%) y bio/neurofeedback (7%). Los elementos de la práctica basada en habilidades que fueron de naturaleza cognitiva fueron: monitoreo/reestructuración cognitiva (47 %), atención plena (31 %), desarrollo de conocimientos (26 %) y autocontrol (13 %).

Los elementos de la práctica basada en habilidades que eran de naturaleza conductual fueron: resolución de problemas (21 %), habilidades de comunicación (13 %), exposición (13 %), programación de actividades (12 %), gestión del tiempo (9 %), higiene del sueño (9 %). %) y entrenamiento en asertividad (6%). Otras habilidades de manejo del estrés o de afrontamiento no especificadas estuvieron presentes en el 31% de los programas.

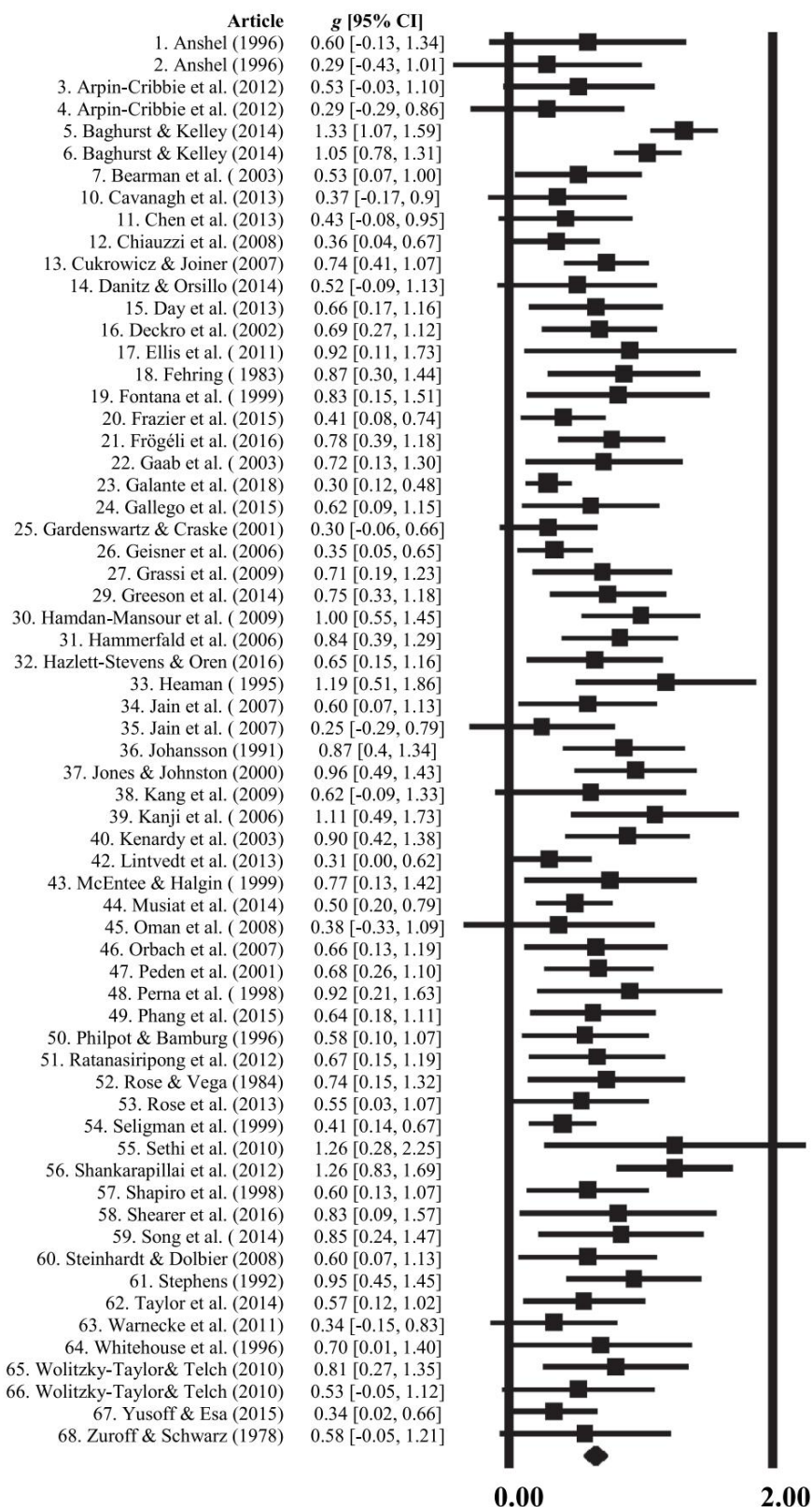
Al examinar los programas que produjeron grandes efectos, los elementos de práctica basados en habilidades que eran de naturaleza fisiológica ocurrieron con mayor frecuencia: relajación (84 %), ejercicio físico (37 %) y biorretroalimentación/neuroretroalimentación (16 %).

Los programas tenían un promedio de 4,82 ($SD = 3,04$) elementos de práctica (excluyendo la promoción de la accesibilidad de los totales, dado que solo se codificó para el programa impartido en grupo). Hubo una diferencia significativa por tipo de formato de entrega para el número de elementos de práctica ($F = 10,15$, $p < 0,001$). Las pruebas post hoc de Bonferroni revelaron que los programas de prevención autoadministrados tenían significativamente menos elementos prácticos ($M = 2,20$, $SD = 1,26$) en comparación con los programas grupales ($M = 5,22$, $SD = 3,00$, $p = .002$) y los programas en línea/por computadora. programas entregados ($M = 6,38$, $SD = 2,90$, $p < .001$). También hubo una diferencia significativa por nivel de prevención para el número de elementos de práctica ($F = 7,49$, $p = 0,001$). Las pruebas post hoc de Bonferroni revelaron que los programas de prevención indicados tenían significativamente más elementos de práctica ($M = 6,39$, $SD = 3,47$) que los programas de prevención selectiva ($M = 3,10$, $SD = 2,07$, $p = 0,001$). Los programas de prevención universal no difirieron significativamente en términos de elementos de práctica ($M = 4,76$, $SD = 2,55$) ya que este promedio se encontraba entre los de los programas indicados y selectivos.

Al comparar programas que produjeron tamaños de efecto pequeños, moderados o grandes, no hubo diferencias significativas en el número de elementos de práctica ($F = 0,68$, $p = 0,6$).

4. Discusión

Esta revisión examinó sistemáticamente 68 programas de prevención que producen resultados dirigidos a la depresión, la ansiedad y/o el estrés en estudiantes universitarios. Nuestros resultados brindan un resumen actualizado de las características del estudio y los tamaños del efecto para dichos programas de prevención que se brindan a través de grupos en persona, plataformas en línea/ computadoras o materiales autoadministrados en el nivel de prevención universal, selectiva o indicada. También hemos ampliado las revisiones anteriores al identificar elementos de práctica comunes en los programas de prevención que producen resultados. Los hallazgos de esta revisión resaltan ciertas fortalezas y áreas de mejora en la programación de prevención para estudiantes universitarios, así como proporcionan evidencia inicial sobre el contenido del programa superpuesto de programas de prevención que producen resultados efectivos (es decir, programas que produjeron al menos un resultado significativo entre grupos en una medida de resultado objetivo elegible).

Fig. 2. Diagrama de bosque de los tamaños del efecto del programa (g de Hedges).

4.1. Fortalezas de los programas revisados

Algunos hallazgos alentadores se relacionan con la diversidad de programas de prevención que producen resultados disponibles para los estudiantes universitarios, así como con el tamaño del efecto producido por estos programas. Programas que produjeron

la reducción significativa de los síntomas se representó en cada tipo de formato de entrega, en cada nivel de prevención y en varias combinaciones de formato de entrega y nivel de prevención. Al promediar el tamaño del efecto único o el más grande de cada grupo, el tamaño del efecto general fue moderado ($g = 0.65$), al igual que los tamaños del efecto para los programas de cada formato de entrega

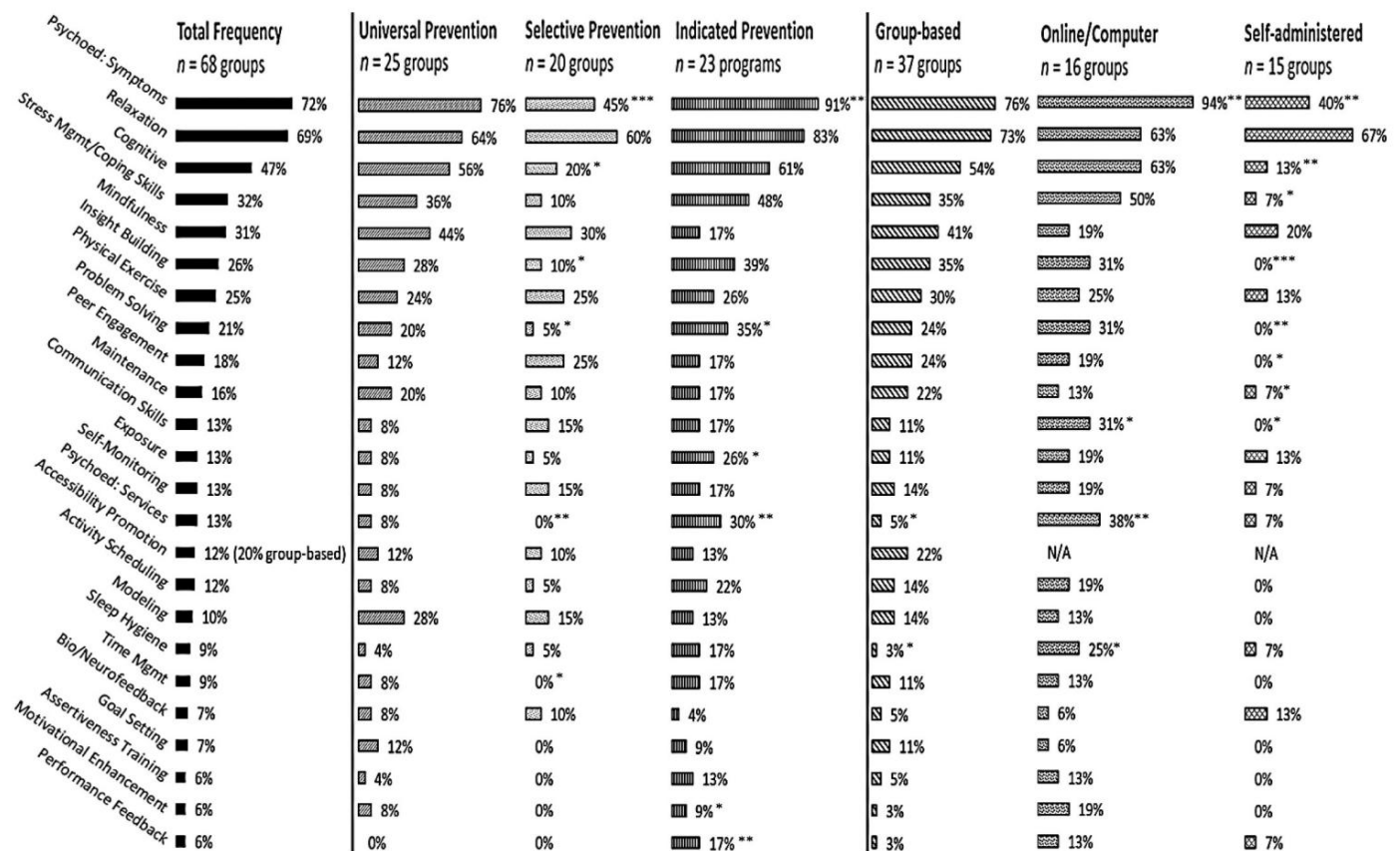


Figura 3. Frecuencias de los elementos de práctica y diferencias proporcionales por tipo de nivel de prevención y formato de entrega.

Nota. Pruebas de chi-cuadrado (o cocientes de verosimilitud para análisis basados en recuentos de células estimados < 5): * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

(grupal, $g = 0,69$; autoadministrado, $g = 0,65$; en línea/administrado por computadora, $g = 0,52$) y en cada nivel de prevención (universal, $g = 0,69$; selectivo, $g = 0,73$; indicado, $g = 0,53$). Los resultados no indicaron que los tamaños del efecto diferían significativamente según el formato de entrega o el nivel de prevención, ya que los intervalos de confianza para cada tamaño del efecto se superpusieron. Aunque el tamaño medio del efecto fue moderado, estos resultados casi definitivamente habría sido menor si no hubiésemos (a) excluido aquellos programas de prevención sin resultados significativos y/o (b) seleccionó el tamaño del efecto más grande para cada programa respectivo. Sin embargo, el 29% de los programas produjeron una gran tamaño del efecto, lo cual es prometedor dado que estos programas se entregaron en el nivel de prevención, que normalmente produce un efecto relativamente menor tamaños que las intervenciones a nivel de tratamiento (p. ej., Weisz et al., 2005). Largo los tamaños del efecto fueron producidos por una parte de los programas dentro de cada formato de entrega y en todos los niveles de prevención, lo que sugiere que hay una gama de fuertes opciones de programas de prevención para la depresión, la ansiedad y/o síntomas de estrés al alcance de los estudiantes universitarios.

4.2. Elementos de práctica

Los hallazgos del elemento de práctica contribuyeron con conocimientos que se extienden más allá de los resultados de otras revisiones similares. Identificamos elementos que son común a estos programas de prevención que producen resultados, y examinó las diferencias en las frecuencias de los elementos por nivel de prevención, entrega formato y magnitud del tamaño del efecto.

Ciertos elementos de práctica surgieron como comunes en todos los programas, y algunos surgieron como relativamente más frecuentes entre los programas de niveles de prevención específicos, formatos de entrega y magnitud del tamaño del efecto categorías. Los elementos prácticos de la psicoeducación de los síntomas, la relajación y las habilidades de reestructuración/monitoreo cognitivo eran comunes a más de un tercio de los programas. Curiosamente, la práctica basada en habilidades Los elementos de naturaleza fisiológica fueron los más comunes, mientras que los elementos de práctica basada en habilidades de naturaleza conductual fueron relativamente menos comunes.

común en general. Este hallazgo podría ser específico para los programas de prevención para estudiantes universitarios, como una revisión de los elementos comunes dentro de los programas de prevención para estudiantes de secundaria encontraron y las habilidades conductuales son más comunes para la depresión y la ansiedad programación (Boustani et al., 2015).

Debido a que el nivel de prevención y el tipo de formato de entrega de los programas fueron confundidos, es difícil sacar conclusiones acerca de las diferencias en frecuencias de los elementos al comparar estas categorías. Por ejemplo, los programas de prevención selectiva y los programas autoadministrados tuvieron una frecuencia significativamente menor de psicoeducación de los síntomas. Sin embargo, dado que los programas en línea/a través de tecnología tenían más probabilidades de estar indicados como prevención, y los programas administrados en grupo tenían más probabilidades de ser prevención universal, se confunden las mayores tasas de psicoeducación de síntomas en este tipo de programas. Por lo tanto, no está claro si el nivel de prevención o el formato de entrega pueden estar impulsando tales diferencias en las frecuencias de los elementos. Aún así, los hallazgos sugieren que los programas autoadministrados tenían menos elementos de práctica por programa en general, así como una menor cobertura de la diversidad de elementos de la práctica. Este hallazgo es no sorprende, dado que la naturaleza de estos programas de prevención autoadministrados a menudo tenían un enfoque de intervención limitado, por ejemplo Proporcionar a los estudiantes solo grabaciones de relajación (por ejemplo, Grassi, Gaggioli y Riva, 2009), o solo con una máquina de biorretroalimentación (p. ej., Ratanasiripong, Ratanasiripong y Kathalae, 2012), y el la autoadministración enfatizó las habilidades de promulgación en lugar de instruir sobre habilidades En última instancia, estos resultados describen el estado actual de los elementos de la práctica a medida que se generalizan en los programas de prevención revisados.

Aunque el carácter común de ciertos elementos no implica su eficacia, podemos tener más confianza en la práctica elementos que fueron frecuentes entre los programas de prevención productora de efectos, tal como fueron revisados en este estudio. Además, la comparación de frecuencias de elementos entre programas que produjeron grandes efectos para

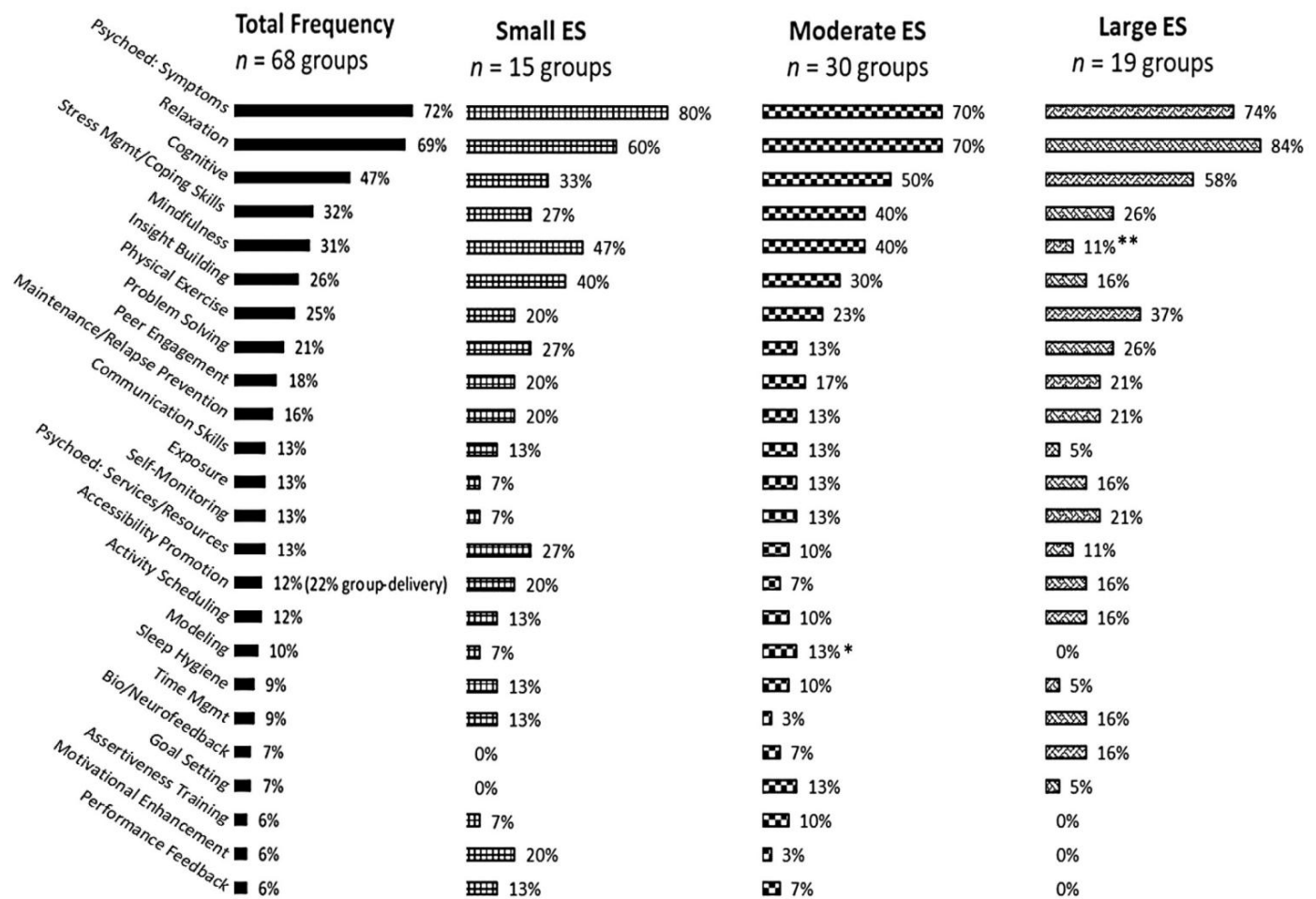


Fig. 4. Frecuencias de los elementos de práctica y diferencias proporcionales por magnitud del tamaño del efecto.

Nota. Pruebas de chi-cuadrado (o cocientes de verosimilitud para análisis basados en recuentos de células estimados < 5): * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

aquellos que produjeron efectos moderados o pequeños muestran asociaciones convincentes que describen el contenido de aquellos programas que se encontraron más eficaces. Las habilidades fisiológicas (p. ej., relajación) ya eran más comunes que las habilidades conductuales (por ejemplo, habilidades de comunicación) entre todos los programas, y eran aún más comunes para los programas con grandes tamaños de efecto. Para programas con grandes tamaños de efecto, los tres fisiológicos habilidades orientadas (es decir, relajación, ejercicio físico, biorretroalimentación) fueron relativamente más frecuentes (entre un 9% y un 14% en comparación con grupos con tamaños de efecto moderados; entre un 16% y 24% en comparación con grupos con efectos pequeños) tamaños), pero las desproporciones fueron estadísticamente insignificantes. Diferencias en las habilidades metacognitivas fueron inconsistentes: el monitoreo/reestructuración cognitiva fue más común en los programas con tamaños de efecto grandes (8% y un 25% más que los grupos con tamaños de efecto moderados y pequeños, respectivamente), pero la atención plena y la creación de conocimientos fueron menos comunes. Estos hallazgos requieren una mayor investigación sobre el papel único de habilidades fisiológicas en programas de prevención para estudiantes universitarios.

No hemos interpretado los resultados para implicar sugerencias específicas para cómo los elementos de práctica común deberían o podrían informar la intervención de diseño. Análisis de elementos de práctica común dentro de una literatura dada es una forma de identificar prácticas candidatas para informar el diseño o la adaptación de programas para un contexto dado, pero no la única manera ni necesariamente la mejor manera, dependiendo de los objetivos del diseño de la intervención (Chorpita y Daleiden, 2018). Identificar los elementos de práctica de los candidatos es una pequeña parte del diseño del programa, que también implica la consideración del programa interfaz, combinación de elementos, secuencia de elementos, dosis de cada uno elemento, lógica de condicionalidad, etc. Aún así, en una identificación mínima de elementos comunes da una "lista de ingredientes" a considerar, donde de lo contrario no podría tener uno, a pesar de que todavía necesitará un

"receta" y los recursos reales para seleccionar y combinar ingredientes en el producto deseado.

4.3. Recomendaciones de mejora

Algunos hallazgos señalaron áreas potenciales de mejora. De nota, estas áreas de mejora se identifican dentro de una muestra de programa de prevención puramente productora de resultados, lo cual es un buen recordatorio de que establecer resultados entre grupos no es la única consideración importante para ser un programa "efectivo".

En muchos casos, hubo discrepancias entre el objetivo y el resultado, de modo que el objetivo(s) identificado(s) para un programa de prevención no se alinearía con el medidas de síntomas que mostraron resultados. Por ejemplo, un estudio sobre un La intervención de manejo del estrés en línea no produjo resultados significativos entre los grupos después de la intervención en ninguna medida de estrés, pero sí lo hizo. en una medida de ansiedad (Chiauzzi et al., 2008). En cambio, un estudio que planteó la hipótesis de que su terapia de grupo conductual basada en la aceptación disminuir los síntomas de ansiedad, depresión y estrés solo produjo cambios significativos en la subescala de depresión de una medida de resultado (Danitz y Orsillo, 2014). Estos hallazgos resaltan el transdiagnóstico ambigüedad entre las intervenciones dirigidas a la depresión, la ansiedad y/o estrés. En ocasiones, estas etiquetas también se pueden usar indistintamente a pesar de los distintos síntomas de estos tres objetivos. Será importante para futuras investigaciones de prevención para desentrañar lo que predice la mejora en uno de estos resultados frente a otro.

Además, varias muestras tenían proporciones de género desequilibradas. Aunque hubo diversidad representada en términos de tipo de estudiante y ubicación geográfica, las alumnas estaban sobrerrepresentadas en la

Pruebas de programas de prevención. Nuestros resultados son congruentes con otros meta-análisis similares que encontraron que la mayoría de los estudios tienen una muestra mayoritaria de estudiantes mujeres (Conley et al., 2015; Davies et al., 2014; Farrer et al., 2013; Regehr et al., 2013). Estos hallazgos son consistentes con investigación que encuentra que las alumnas son más propensas a participar en búsqueda de ayuda y uso de servicios de salud mental (Eisenberg et al., 2009, Caza). Sin embargo, la diferencia en la proporción de hombres y mujeres reportar síntomas de depresión, ansiedad y estrés no es tan extremo – aunque las mujeres siguen siendo más altas – lo que significa que el grado de género desequilibrio en las muestras revisadas no es necesariamente un reflejo exacto de la necesidad de servicios por parte de los hombres (American College Health Association, 2018). Si la investigación futura investiga estrategias para atraer más estudiantes varones necesitados, entonces los programas de prevención pueden ser más equipados para atender a los estudiantes necesitados, independientemente del género.

Finalmente, hubo inconsistencias en los datos de adherencia/finalización informes Solo alrededor de la mitad de los programas habían informado adherencia datos, y hubo una gran inconsistencia en cómo se informaron las tasas de cumplimiento o finalización. Por lo tanto, no está claro si la variabilidad en las tasas de cumplimiento se debe a cómo se midió el cumplimiento frente a cómo se ensayó.

participantes medidos estaban con la intervención. El campo podría beneficiarse de una comprensión más profunda de los desafíos únicos de adherencia a programación de prevención, y cómo la adherencia se relaciona con el éxito resultados del programa de prevención. La investigación de intervención también se beneficiaría a partir de informes más estandarizados sobre la adherencia y finalización del programa, al mismo tiempo que se considera el impacto de las variables relacionadas con la investigación (por ejemplo, pago del participante) al finalizar el programa. Este importante dato debe ser rastreado e informado de manera transparente, para promover nuestra comprensión de la eficacia de los programas de prevención. Los editores y revisores de revistas revisadas por pares pueden desempeñar un papel importante en fomentar la notificación de los datos de cumplimiento y finalización.

5. Limitaciones

Los hallazgos de esta revisión deben ser considerados dentro del contexto de algunas limitaciones. Primero, algunos elementos de práctica fueron codificados con Fiabilidad entre evaluadores moderada. En segundo lugar, es imposible desentrañar la fuente de los efectos de la intervención (es decir, qué elementos, si los hay, son impulsar el cambio) desde un enfoque de destilación de elementos comunes, y el los elementos más comunes no son necesariamente los elementos más efectivos (Chorpita et al., 2007). No fue posible ejecutar una metarregresión con todos los elementos como predictores del tamaño del efecto, ya que el análisis no tendría poder suficiente para incluir tantos predictores. Dado que las intervenciones se entienden como la suma de sus elementos de práctica, también se se consideró inapropiado ejecutar una metarregresión con una sola práctica elemento a la vez como predictor. Además, debido a que la codificación de la presencia del elemento era binaria, los datos no capturaron la extensión de un se cubrió el elemento (por ejemplo, dos programas podrían tener "relajación" codificado, pero un programa podría haber incluido este elemento de práctica en una sola lección, mientras que el otro programa podría haber enseñado esta habilidad exclusivamente). Una limitación para el cálculo de los tamaños del efecto fue que algunos estudios usaron comparaciones inactivas mientras que otros usaron comparaciones activas grupos, y un tamaño de efecto agregado promedio no pondera estos estudia de otra manera. Una revisión similar encontró que el tamaño del efecto no es significativamente diferente de cero cuando se comparó un programa de prevención con un grupo de comparación activo (Davies et al., 2014), por lo que el los tamaños del efecto para cada programa en nuestra revisión pueden haber sido confundidos por tipo de grupo de comparación. En relación con esto, debido a que no incluimos programas de prevención "ganadores", no pudimos comparar las diferencias en elementos de práctica entre programas con o sin tamaños de efecto a continuación la pequeña magnitud, es decir, $g < 0.2$, que será una extensión importante para futuras investigaciones. Finalmente, los elementos del programa de prevención se identificaron con base en la codificación de artículos en lugar de manuales. Decidimos código para elementos de práctica basados en el contenido presentado dentro de la investigación artículos porque no todos los programas incluidos usaban un manual, por lo que no queríamos atribuir sin querer más elementos a esos programas con manuales. Sin embargo, un estudio encontró que hay algunos

inconsistencias al confiar en manuales versus artículos al codificar para elementos comunes (Knudsen et al., 2018), por lo que es posible que la los hallazgos actuales subrepresentan las frecuencias de ciertos elementos.

5.1. Direcciones futuras

Hay múltiples vías para los próximos pasos en este campo de la universidad. programa de prevención estudiantil. En primer lugar, existen otros parámetros potencialmente formativos mediante los cuales se podrían categorizar los programas de prevención para comparar las diferencias en los elementos de la práctica. Por ejemplo, los datos de cumplimiento del programa podrían usarse para definir programas con adherencia baja, moderada o alta para investigar qué práctica elementos comunes a los programas con mayor adherencia. Segundo, en para comprender la efectividad relativa y el impacto en los resultados de ciertos elementos, el siguiente paso podría ser codificar cómo cada experimento al grupo le fue en relación con un grupo de comparación en cada resultado medido, para determinar si los resultados positivos en ciertas medidas de interés es más probable que ocurran cuando ciertos elementos de intervención están presentes (p. ej., Becker et al., 2018). En tercer lugar, la investigación que prueba experimentalmente intervenciones con elementos de práctica única o diferentes combinaciones de elementos de práctica común podrían ayudar a desentrañar qué elementos son responsable de impulsar tamaños de efecto más grandes. Después de todo, algunos elementos que son relativamente menos comunes no son necesariamente menos efectivos. Cuarto, un El enfoque de destilación de elementos comunes podría ampliarse para revisar programas de prevención para estudiantes universitarios que se enfocan en otros síntomas (p. ej., trastornos alimentarios, uso de sustancias, estrés traumático). Los resultados de la revisión actual puede ser exclusivo de los programas dirigidos a la depresión, ansiedad y estrés. Por ejemplo, las tasas de consumo de sustancias han sido similares para estudiantes masculinos y femeninos (American College Health Association, 2018), y por lo tanto, las proporciones de género de la muestra para la programación de prevención del abuso de sustancias probadas podrían no ser tan desproporcionadas. En quinto lugar, los hallazgos del estudio actual podrían informar pruebas adicionales de Elementos de práctica poco probados para ciertos tipos de programas. Por ejemplo, la psicoeducación de los síntomas y las técnicas cognitivas eran comunes en general, pero significativamente menos a menudo incluido en la prevención selectiva programas Finalmente, en contextos en los que los nuevos programas de prevención deben diseñarse, o adaptarse los programas existentes, esta revisión proporciona una conjunto prometedor y circunscrito de opciones de elementos de práctica a considerar para la selección del contenido del programa, en lugar de seleccionar el contenido de la intervención al azar o en función de una porción de la literatura de investigación relevante.

6. Conclusión

Décadas de investigación y desarrollo de intervenciones han producido docenas de programas de prevención que producen resultados para estudiantes universitarios. Mayor progreso en la prevención de la depresión, la ansiedad y síntomas de estrés se basa no solo en la creación de nuevas intervenciones, sino también en la evaluación de los programas existentes para aprender de los estado actual de la evidencia. Ya hay una gran cantidad de programas de prevención que han sido probados. Por lo tanto, puede haber rendimientos decrecientes en un enfoque exclusivo en la creación de nuevos programas, en lugar de aumentar nuestra comprensión de lo que funciona y aplicar lo que ya sabemos (p. ej., Chorpita et al., 2011). Con tal riqueza de investigación Para repasar, estamos bien posicionados para explorar más a fondo estrategias de intervención específicas que forman parte de programas de prevención efectivos. los Los programas revisados estaban disponibles en una variedad de formatos y todos produjeron efectos significativos (efectos moderados en promedio) a pesar de algunos limitaciones (p. ej., muestras desequilibradas por género, tasas de cumplimiento variables). Con una mejor comprensión de qué elementos son comunes a la eficacia programas de prevención, podemos empezar a utilizar el conocimiento creado por investigaciones pasadas informan el futuro de la promoción de la salud mental para estudiantes universitarios.

7. Colaboradores

Leslie Rith-Najarian diseñó el estudio, escribió el protocolo,

extrajo los datos de resultados de los artículos de intervención, supervisó la recopilación de datos, realizó los análisis, calculó los tamaños del efecto y preparó el primer borrador del manuscrito completo. Maya Boustani se desempeñó como la segunda codificadora de los datos de resultados, brindó comentarios sobre el plan de análisis de datos, escribió el contenido original para la discusión (p. ej., direcciones futuras, limitaciones) y proporcionó comentarios por escrito y ediciones en los borradores del manuscrito. Bruce Chorpita brindó comentarios sobre el diseño de la investigación (p. ej., definiciones del manual de codificación, criterios de inclusión/exclusión de artículos), brindó comentarios sobre el plan de análisis de datos y proporcionó comentarios por escrito y ediciones en los borradores del manuscrito. Todos los autores contribuyeron y aprobaron el manuscrito final.

Papel de las fuentes de financiación

Esta investigación fue apoyada en parte por los fondos otorgados a Leslie Rith-Najarian por: la Subvención del Fondo de Innovación de Ciencias de la Vida de la Universidad de California en Los Ángeles; el Fondo de Becas del Año de Disertación de la División de Graduados de la Universidad de California en Los Ángeles; y el Fondo Dolores Zohrab Liebmann. El contenido de este manuscrito es responsabilidad exclusiva de los autores y no representa necesariamente los puntos de vista oficiales de los patrocinadores de la financiación.

Conflicto de intereses

Ninguna.

Expresiones de gratitud

Nos gustaría agradecer a Deepika Bose, Hayley Hammons, Mandy Lin, Alexander Lower y Norma Raygoza por su ayuda con la codificación de los artículos para este estudio de revisión.

Materiales complementarios

Puede encontrar material complementario asociado con este artículo, en la versión en línea, en [doi:10.1016/j.jad.2019.06.035](https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.035).

Referencias

* Indica artículo incluido en la muestra de revisión.

American College Health Association, 2018. En: American College Health Association National College Health Assessment II: Reference Group Executive Summary Fall 2017. Hanover, MD. Recuperado de: http://www.acha-ncha.org/docs/NCHA-II_FALL_2017_REFERENCE_GROUP_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf.

*Anshel, M., 1996. (1996). Efecto del ejercicio aeróbico crónico y la relajación progresiva sobre el rendimiento motor y el afecto. *Comportamiento Medicina*. 21, 186–205.

Arch, JJ, Craske, MG, 2008. Terapia de aceptación y compromiso y ser cognitivo
Terapia conductual para los trastornos de ansiedad: diferentes tratamientos, mecanismos similares. *clin. psicol. ciencia Practica* 15, 263–279. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00137.x>.

*Arpin-Cribbie, C., Irvine, J., Ritvo, P., 2012. Terapia cognitivo-conductual basada en la web para el perfeccionismo: un ensayo controlado aleatorio. *Psicoterapeuta. Res.* 22, 194–207. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.637242>.

*Baghurst, T., Kelley, BC, 2014. Un examen del estrés en estudiantes universitarios en el transcurso de un semestre. *Promoción de la Salud. Practica* 13, 438–447. <https://doi.org/10.1177/1524839913510316>.

Bamber, MD, Kraenzel Schneider, J., 2016. Meditación basada en la atención plena para disminuir el estrés y la ansiedad en estudiantes universitarios: una síntesis narrativa de la investigación. *Educ. Res. Rev.* 18, 1–32. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2015.12.004>.

Banerjee, M., 1999. Más allá de kappa: una revisión de las medidas del acuerdo entre evaluadores. *Pueden. j Stat.-Revue Canadienne De Statistique* 27, 3–23. <https://doi.org/10.2307/3315487>.

*Bearman, SK, Stice, E., Chase, A., 2003. Evaluación de una intervención dirigida a la patología depresiva y bulímica: un ensayo de prevención aleatorio. *Comportamiento El r.* 34, 277–293. <https://doi.org/10.1016/j.biotechadv.2011.08.021>.Secretado.

Becker, KD, Buckingham, SL, Rith-Najarian, L., Kline, ER, 2016. Los elementos comunes del compromiso con el tratamiento para jóvenes clínicamente de alto riesgo y jóvenes con un primer episodio de psicosis. *Interv temprano Psiquiatría* 10, 455–467. <https://doi.org/10.1111/eip.12283>.

Becker, K., Boustani, M., Gellatly, R., Chorpita, BF, 2018. Cuarenta años de investigación sobre el compromiso en los servicios de salud mental infantil: medición multidimensional y elementos prácticos. *J. Clin. Niño. Adolesc. psicol.* 47, 1–23. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1326121>.

Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M., Sammut, S.,

2015. La prevalencia y los correlatos de depresión, ansiedad y estrés en una muestra de estudiantes universitarios. *J. Afecto. Desorden.* 173, 90–96. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.054>.

Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, DS, Grant, BF, Liu, S.-M., Olsson, M., 2008. Salud mental de estudiantes universitarios y sus compañeros que no asisten a la universidad: resultados del Estudio Epidemiológico Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas. *Arco. general Psiquiatría* 65 (12), 1429–1437. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.12.1429>.

Borenstein, M., Hedges, L., Higgins, J., Rothstein, H., 2013. *Metanálisis completo*, versión 3. Biostat, Englewood, NJ.

Boustani, MM, Frazier, SL, Becker, KD, Bechor, M., Dinizulu, SM, Hedemann, ER, ..., Pasalich, DS, 2015. Elementos comunes de los programas de prevención para adolescentes: minimizar la carga y maximizar el alcance. *Política Adm. Mención. Mente de Salud. Servicio de Salud Res.* 42, 209–219. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0541-9>.

*Braithwaite, SR, Fincham, FD, 2007. ePREP: prevención basada en computadora de la disfunción de la relación, la depresión y la ansiedad. *J. Soc. clin. psicol.* 26, 609–622. <https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.6.609>.

Braithwaite, SR, Fincham, FD, 2009. Un ensayo clínico aleatorizado de una intervención preventiva basada en computadora: replicación y extensión de ePREP. *J. Fam. psicol.* 23, 32–38. <https://doi.org/10.1037/a0014061>.

Buchanan, JL, 2012. Prevención de la depresión en la población de estudiantes universitarios: una revisión de la literatura. *Arco. psiquiatra enfermeras* 26, 21–42. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.03.003>.

*Cavanagh, K., Strauss, C., Cicconii, F., Griffiths, N., Wyper, A., Jones, F., 2013. A ran ensayo controlado domised de una breve intervención en línea basada en mindfulness. *Comportamiento Res. El r.* 51, 573–578. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.06.003>.

*Chen, Y., Yang, X., Wang, L., Zhang, X., 2013. Un ensayo controlado aleatorio de los efectos de la meditación breve de atención plena sobre los síntomas de ansiedad y la presión arterial sistólica en estudiantes de enfermería chinos. *Enfermera Educ. Hoy* 33, 1166–1172. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.11.014>.

*Chiauzzi, E., Brevard, J., Thum, C., Decembrele, S., Lord, S., 2008. MyStudentBody Stress: una intervención de manejo del estrés en línea para estudiantes universitarios. *J. Salud Comun.* 13, 555–572. <https://doi.org/10.1080/10810730802281668>.

Chorpita, BF, Daleiden, EL, 2009. Mapeo de tratamientos basados en evidencia para niños y adolescentes: aplicación del modelo de destilación y emparejamiento a 615 tratamientos de 322 ensayos aleatorios. *J. Consultar. clin. psicol.* 77, 566–579.

Chorpita, BF, Becker, KD, Daleiden, EL, 2007. Comprender los elementos comunes de la práctica basada en la evidencia: conceptos erróneos y ejemplos clínicos. *Mermelada. Academia Niño Adolesc. Psiquiatría* 46, 647–652. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318033ff71>.

Chorpita, BF, Daleiden, EL, Weisz, JR, 2005. Identificación y selección de los elementos comunes de las intervenciones basadas en la evidencia: un modelo de destilación y combinación. *menta Servicio de Salud Res.* 7, 5–20. <https://doi.org/10.1007/s11020-005-1962-6>.

Chorpita, BF, Rotheram-Borus, MJ, Daleiden, EL, Bernstein, A., Cromley, T., Swendeman, D., Regan, J., 2011. Las viejas soluciones son el nuevo problema: ¿cómo podemos utilizar mejor lo que ya sabemos sobre la reducción de la carga de la enfermedad mental? *Perspectiva. psicol. ciencia* 6, 493–497. <https://doi.org/10.1177/1745681611418240>.

Chorpita, BF, Daleiden, EL, 2018. Acción estratégica coordinada: aspirando a la sabiduría en los sistemas de servicios de salud mental. *clin. psicol. ciencia Practica* 25, e12264.

Chorpita, B., Daleiden, E., 2014. Estructurando la colaboración de ciencia y servicio en pos de una visión compartida. *J. Clin. Niño Adolesc. psicol.* 43, 323–338. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2013.82829>.

Christensen, H., Pallister, E., Smaile, S., Hickie, IB, Calear, AL, 2010. Programas comunitarios de prevención de la ansiedad y la depresión en los jóvenes: una revisión sistemática. *j Remilgado. Anterior* 31, 139–170. <https://doi.org/10.1007/s10935-010-0214-8>.

Conley, CS, Durlak, JA, Kirsch, AC, 2015. Un metanálisis de los programas universales de prevención de la salud mental para estudiantes de educación superior. *Anterior ciencia of. J. Soc. Anterior Res.* 16 (4), 487–507. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0543-1>.

*Cukrowicz, KC, Joiner, TE, 2007. Intervención basada en computadora para síntomas ansiosos y depresivos en una población no clínica. *cognición El r. Res.* 31, 677–693. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9094-x>.

*Danitz, SB, Orsillo, SM, 2014. El camino consciente durante el semestre: una investigación de la efectividad de un programa de terapia conductual basada en la aceptación sobre el bienestar psicológico en estudiantes de primer año. *Comportamiento Modif.* 38, 549–566. <https://doi.org/10.1177/0145445613520218>.

Davies, EB, Morriss, R., Glazebrook, C., 2014. Intervenciones proporcionadas por computadora y basadas en la web para mejorar la depresión, la ansiedad y el bienestar psicológico de los estudiantes universitarios: una revisión sistemática y un metanálisis. *J.Med. Resolución de Internet* 16. <https://doi.org/10.2196/jmir.3142>.

*Day, V., McGrath, PJ, Wojtowicz, M., 2013. Autoayuda guiada basada en Internet para estudiantes uni estudiantes universitarios con ansiedad, depresión y estrés: un ensayo clínico controlado aleatorizado. *Comportamiento Res. El r.* 51, 344–351. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.03.003>.

*Deckro, GR, Ballinger, KM, Hoyt, M., Wilcher, M., Dusek, J., Myers, P., ..., Benson, H., 2002. La evaluación de una intervención mente/cuerpo para reducir la angustia y estrés percibido en estudiantes universitarios. *Mermelada. Col. Salud* 50, 281–287. <https://doi.org/10.1080/07448480209603446>.

Drake, ED, Sladek, MD, Doane, LD, 2016. Actividad diaria de cortisol, soledad y la eficacia de afrontamiento en la adolescencia tardía: un estudio longitudinal de la transición a la universidad. *En t. J. Comportamiento. desarrollo* 40, 334–345.

Egger, M., Smith, GD, Schneider, M., Minder, C., 1997. Sesgo en el metanálisis detectado mediante una prueba gráfica simple que mide la asimetría del gráfico en embudo. *Bmj* 315 (, 7109), 629–634.

Eisenberg, D., Downs, MF, Golberstein, E., Zivin, K., 2009. Estigma y búsqueda de ayuda para la salud mental entre estudiantes universitarios. *Medicina. Cuidado Res. Rev.* 66, 522–541.

Eisenberg, D., Hunt, J., Speer, N., Zivin, K., 2011. Utilización de servicios de salud mental entre estudiantes universitarios en los Estados Unidos. *J. Nerv. menta Dis.* 199, 301–308. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182175123>.

*Ellis, La, Campbell, AJ, Sethi, S., O'Dea, BM, 2011. Ensayo aleatorizado comparativo de

- un programa de terapia cognitivo-conductual en línea y un grupo de apoyo en línea para la depresión y la ansiedad. *J. CyberTher. rehabilitación* 4, 461–467. <https://doi.org/10.1037/t00735-000>.
- Farrer, L., Gulliver, A., Chan, JKY, Batterham, P.J., Reynolds, J., Caleare, A., ..., Griffiths, KM, 2013. Intervenciones basadas en tecnología para salud mental en estudiantes terciarios: revisión sistemática. *J.Med. Resolución de Internet* 15. <https://doi.org/10.2196/jmir.2639>.
- *Fehring, R.J., 1983. Efectos de la relajación asistida por biorretroalimentación sobre los síntomas de estrés psicológico de los estudiantes universitarios. *enfermeras Res.* 32, 362–366. <https://doi.org/10.1097/00006199-198311000-00009>.
- *Fontana, AM, Hyra, D., Godfrey, L., Cermak, L., 1999. Impacto de una intervención de estrés dirigido por compañeros en el entrenamiento de la ovulación sobre el estado de ansiedad y la frecuencia cardíaca en estudiantes universitarios. *J. aplicación biocomportamiento Res.* 4, 45–63. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9861.1999.tb00054>.
- *Frazier, P., Meredith, L., Greer, C., Paulsen, JA, Howard, K., Dietz, LR, Qin, K., 2015. Ensayo controlado aleatorio que evalúa la efectividad de un programa de manejo del estrés basado en la web entre estudiantes de colegios comunitarios. *Ansiedad, estrés y afrontamiento* 28, 576–586. <https://doi.org/10.1080/10615806.2014.987666>.
- *Fröglé, E., Djordjevic, A., Rudman, A., Livheim, F., Gustavsson, P., 2016. Una prueba piloto aleatoria controlada de capacitación en aceptación y compromiso (ACT) para prevenir problemas de salud relacionados con el estrés entre futuros enfermeras. *Ansiedad, estrés y afrontamiento* 29, 202–218. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1025765>.
- *Gaab, J., Blättler, N., Menzi, T., Pabst, B., Stoyer, S., Ehler, U., 2003. Aleatorizado evaluación controlada de los efectos del manejo del estrés cognitivo-conductual en las respuestas de cortisol al estrés agudo en sujetos sanos. *Psiconeuroendocrinología* 28, 767–779.
- *Galante, J., Dufour, G., Vainre, M., Wagner, AP, Stochl, J., Benton, A., ..., Jones, PB, 2018. Una intervención basada en mindfulness para aumentar la resiliencia al estrés en la universidad estudiantes (el estudio del estudiante consciente): un ensayo controlado aleatorio pragmático. *Lancet Public Health* 3, e72–e81. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30231-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30231-1).
- *Gallego, J., Aguilar-Parra, JM, Cangas, AJ, Langer, Á.I., Manáns, I., 2015. Efecto de un programa de mindfulness sobre el estrés, la ansiedad y la depresión en estudiantes universitarios. *Lapsos. J. Psychol.* 17, E109. <https://doi.org/10.1017/sjp.2014.102>.
- *Gardenswartz, CA, Craske, MG, 2001. Prevención del trastorno de pánico. *Comportamiento El r.* 32, 725–737. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80017-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80017-4).
- Garland, AF, Hawley, KM, Brookman-Frazee, L., Hurlburt, MS, 2008. Identificación elementos comunes de los tratamientos psicossociales basados en la evidencia para los problemas de conducta disruptiva de los niños. *Mermelada. Academia Niño Adolesc. Psiquiatría* 47, 505–514. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31816765c2>.
- *Geisner, IM, Neighbors, C., Larimer, ME, 2006. Un ensayo clínico aleatorizado de una intervención breve enviada por correo para los síntomas de la depresión. *J. Consultar. clin. psicol.* 74, 393–399. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.2.393>.
- Gordon, RS, 1983. Una clasificación operativa de la prevención de enfermedades. *representante de salud pública* 98, 107–109. <https://doi.org/10.2307/4627374>.
- *Grassi, A., Gaggioli, A., Riva, G., 2009. El valle verde: el uso de narrativas móviles para reducir el estrés en los viajeros. *Ciberpsicología. Comportamiento* 12, 155–161. <https://doi.org/10.1089/cpb.2008.0156>.
- *Grassi, A., Gaggioli, A., Riva, G., 2011. Nuevas tecnologías para gestionar la ansiedad ante los exámenes. *Ana. Rev. CyberTher. telemed.* 9, 26–49. <https://doi.org/10.3233/978-1-60750-766-6-57>.
- *Greeson, JM, Juberg, MK, Maytan, M., James, K., Rogers, H., 2014. Un ensayo controlado aleatorio de Koru: un programa de atención plena para estudiantes universitarios y otros adultos emergentes. *Mermelada. Col. Salud* 62, 222–233. <https://doi.org/10.1080/07448481.2014.891595>.
- *Hamdan-Mansour, AM, Puskar, K., Bandak, AG, 2009. Eficacia de la terapia cognitivo-conductual sobre la sintomatología depresiva, el estrés y las estrategias de afrontamiento entre estudiantes universitarios jordanos. *Cuestiones Mención. Enfermería de la Salud* 30, 188–196. <https://doi.org/10.1080/01612840802694577>.
- *Hammerfeld, K., Eberle, C., Grau, M., Kinsperger, A., Zimmermann, A., Ehler, U., Gaab, J., 2006. Efectos persistentes del manejo del estrés cognitivo-conductual en las respuestas de cortisol al estrés agudo en sujetos sanos: un ensayo controlado aleatorio. *Psiconeuroendocrinología* 31, 333–339. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.08.007>.
- *Hazlett-Stevens, H., Oren, Y., 2016. Eficacia de la biblioterapia para la reducción del estrés basada en la atención plena: un ensayo controlado aleatorizado preliminar. *J. Clin. psicol.* 73, 626–637. <https://doi.org/10.1002/jclp.22370>.
- *Heaman, D., 1995. La respuesta tranquilizadora (QR): una modalidad para la reducción del estrés psicofisiológico en estudiantes de enfermería. *J. Enfermeras. Educ.* 34, 5–10.
- Hedges, LV, 1981. Teoría de la distribución para el estimador del tamaño del efecto de Glass y estimadores. *J. Educa. Comportamiento Estadística* 6, 107–128.
- Higa-McMillan, CK, Francis, SE, Rith-Najarian, L., Chorpita, BF, 2016. Actualización de la base de evidencia: 50 años de investigación sobre el tratamiento de la ansiedad en niños y adolescentes. *J. Clin. Niño. Adolesc. psicol.* 45, 91–113.
- *Jain, S., Shapiro, SL, Swanick, S., Roesch, SC, Mills, PJ, Bell, I., Schwartz, GER, 2007. Un ensayo controlado aleatorizado de meditación consciente versus entrenamiento de relajación: efectos sobre la angustia, resultados positivos estados de ánimo, rumiación y distracción. *Ana. Comportamiento Medicina.* 33, 11–21. https://doi.org/10.1207/s15324796abm3301_2.
- *Johansson, N., 1991. Eficacia de un programa de manejo del estrés para reducir la ansiedad y la depresión en estudiantes de enfermería. *Mermelada. Col. Salud* 40, 125–129. <https://doi.org/10.1080/07448481.1991.9936268>.
- *Jones, MC, Johnston, DW, 2000. Evaluación del impacto de un programa de manejo del estrés en el lugar de trabajo para estudiantes de enfermería angustiados: un ensayo controlado aleatorio. *psicol. Salud* 15, 689–706. <https://doi.org/10.1080/08870440008405480>.
- *Kang, YS, Choi, SY, Ryu, E., 2009. La eficacia de un programa de afrontamiento del estrés basado en la meditación consciente sobre el estrés, la ansiedad y la depresión que experimentan los estudiantes de enfermería en Corea. *Enfermera Educ. Hoy* 29, 538–543. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.12.003>.
- *Kanji, N., White, A., Ernst, E., 2006. Entrenamiento autógeno para reducir la ansiedad en enfermería estudiantes: ensayo controlado aleatorizado. *J. adv. enfermeras* 53, 729–735. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03779.x>.
- Kaye, MP, Faber, A., Davenport, KE, Perkins, DF, 2018. Componentes comunes de los programas de visitas domiciliarias basados en evidencia para la prevención del maltrato infantil. *Niño. Servicio de la Juventud Rev.* 90, 94–105.
- *Kenardy, J., McCafferty, K., Rosa, V., 2003. Prevención indicada proporcionada por Internet para los trastornos de ansiedad: un ensayo controlado aleatorizado. *Comportamiento Cog. Psicoterapeuta.* 31, 279–289. <https://doi.org/10.1017/S1352465803003047>.
- Keyes, CL, Eisenberg, D., Perry, GS, Dube, SR, Kroenke, K., Dhingra, SS, 2012. La relación del nivel de salud mental positiva con los trastornos mentales actuales en la predicción del comportamiento suicida y el deterioro académico en la universidad estudiantes. *Mermelada. Col. Salud* 60, 126–133. <https://doi.org/10.1080/07448481.2011.608393>.
- *Kim, KB, Cohen, SM, Oh, HK, Sok, SR, 2004. Los efectos del ejercicio de los meridianos sobre la ansiedad, la depresión y la autoestima de las estudiantes universitarias de Corea. *Holista. enfermeras Practica* 18, 230–234. <https://doi.org/10.1097/00004650-200409000-00004>.
- Knudsen, KS, Boustani, MM, Chu, W., Wesley, K., Chorpita, BF, 2018, julio. ¿ Los estándares de publicación actuales describen de manera confiable el contenido de los programas de prevención universal manualizados? *Afiche presentado en 2018 Asoc. psicol. Sci.* (julio).
- Landis, JR, Koch, GG, 1977. La medición del acuerdo del observador para datos categóricos. *Biometría* 33, 159–174. <https://doi.org/10.2307/2529310>.
- Larun, L., Nordheim, LV, Ekeland, E., Hagen, KB, Heian, F., 2006. El ejercicio en la prevención y el tratamiento de la ansiedad y la depresión en niños y jóvenes. *Sistema de base de datos Cochrane. Rev.* 3 CD004691. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004691.pub2>.
- Lindsey, MA, Brandt, NE, Becker, KD, Lee, BR, Barth, RP, Daleiden, EL, Chorpita, BF, 2014. Identificación de los elementos comunes de las intervenciones de participación en el tratamiento en los servicios de salud mental infantil. *clin. Niño. fam. psicol. Rev.* 17, 283–298. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0163-x>.
- *Lintved, OK, Griffiths, KM, Sørensen, K., Østvik, AR, Wang, CEa, Eisemann, M., Waterloo, K., 2013. Evaluación de la efectividad y eficacia de la intervención de autoayuda no guiada basada en Internet para la prevención de la depresión: un ensayo controlado aleatorio. *clin. psicol. Psicoterapeuta.* 20, 10–27. <https://doi.org/10.1002/cpp.770>.
- *McEntee, DJ, Halgin, RP, 1999. Terapia grupal cognitiva y ejercicio aeróbico en el tratamiento de la ansiedad. *J. Colegio Stud. Psicoterapeuta.* 13, 37–55.
- Murray, LK, Dorsey, S., Haroz, E., Lee, C., Alsiahy, MM, Haydary, A., ..., Bolton, P., 2014. Un enfoque de tratamiento de elementos comunes para los problemas de salud mental en adultos en países de ingresos bajos y medios. *Cog. Comportamiento Practica* 21, 111–123. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.06.005>.
- *Musiat, P., Conrod, P., Treasure, J., Tylee, A., Williams, C., Schmidt, U., 2014. Prevención dirigida de trastornos de salud mental comunes en estudiantes universitarios: ensayo controlado aleatorio de un transdiagnóstico intervención basada en la web centrada en los rasgos. *PLoS ONE* 9, e93621. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0093621>.
- Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales (NAMI). (2012, 30 de noviembre). *Estudiantes universitarios hablan: informe de encuesta sobre salud mental*. Obtenido de www.nami.org/collegereport.
- *Oman, D., Shapiro, SL, Thoresen, CE, Plante, TG, Flinders, T., 2008. La meditación reduce el estrés y apoya el perdón entre estudiantes universitarios: un ensayo controlado aleatorio. *Mermelada. Col. Salud* 56, 569–578. <https://doi.org/10.3200/JACH.56.5.569-578>.
- *Orbach, G., Lindsay, S., Grey, S., 2007. Un ensayo aleatorizado controlado con placebo de una intervención de autoayuda basada en Internet para la ansiedad ante los exámenes. *Comportamiento Res. El r.* 45, 483–496. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.04.002>.
- *Peden, AR, Rayens, MK, Hall, LA, Beebe, LH, 2001. Prevención de la depresión en mujeres universitarias de alto riesgo: informe de un seguimiento de 18 meses. *Mermelada. Col. Salud* 49, 299–306.
- *Perna, FM, Antoni, MH, Kumar, M., Cruess, DG, Schneiderman, N., 1998. Efectos de la intervención cognitiva conductual sobre el estado de ánimo y el cortisol durante el entrenamiento físico. *Ana. Comportamiento Medicina.* 20, 92–98. <https://doi.org/10.1007/BF02884454>.
- *Phang, CK, Mukhtar, F., Ibrahim, N., Keng, S.-L., Mohd, Sidik, S., 2015. Efectos de un Breve programa de intervención basado en la atención plena para el manejo del estrés entre estudiantes de medicina: el estudio controlado aleatorio de gimnasia consciente. *Adv. Ciencias de la Salud Educa.* 20, 1115–1134. <https://doi.org/10.1007/s10459-015-9591-3>.
- *Philpot, VD, Bamburg, JW, 1996. Ensayo de autoafirmaciones positivas y re autoafirmaciones negativas estructuradas para aumentar la autoestima y disminuir la depresión. *Psychol Rep* 79, 83–91. <https://doi.org/10.2466/pr0.1996.79.1.83>.
- PracticeWise, 2012. *Manual de codificación de tratamientos psicossociales y combinados*. PracticeWise, LLC, Satellite Beach, FL.
- *Ratanasiripong, P., Ratanasiripong, N., Kathalae, D., 2012. Intervención de biorretroalimentación para el estrés y la ansiedad entre estudiantes de enfermería: un ensayo controlado aleatorio. *En t. Sch. Res. Neto. enfermeras* 2012, 1–5. <https://doi.org/10.5402/2012/827972>.
- Regehr, C., Gancy, D., Pitts, A., 2013. Intervenciones para reducir el estrés en estudiantes universitarios: revisión y metanálisis. *J. Afecto. Desorden.* 148, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.026>.
- Rith-Najarian, LR, Daleiden, EL, Chorpita, BF, 2016. Toma de decisiones basada en evidencia en la prevención de la salud mental juvenil. *Soy. J. anterior Medicina.* 51, S132–S139. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.05.018>.
- *Rose, RD, Buckley, JC, Zbozinek, TD, Motivala, SJ, Glenn, DE, Cartreine, Ja, 2013. Un ensayo controlado aleatorizado de un programa auto guiado, multimedia, de manejo del estrés y entrenamiento en resiliencia. *Comportamiento Res. El r.* 51, 106–112. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.11.003>.
- *Rose, RL, Veiga, JF, 1984. Evaluación de los efectos sostenidos de un manejo del estrés intervención sobre la ansiedad y el locus de control. *Academia Administrar J.* 27, 190–198. <https://doi.org/10.2307/255967>.
- Rosenthal, R., 1979. El problema del archivador y la tolerancia a los resultados nulos. *toro psicologico* 86, 638–641.
- Rotheram-Borus, MJ, Swendeman, D., Chorpita, BF, 2012. Innovaciones disruptivas para diseñar y difundir intervenciones basadas en evidencia. *Soy. psicol.* 67, 463–476. <https://doi.org/10.1037/a0028180>.

- Salzer, M., 2012. Un estudio comparativo de las experiencias en el campus de estudiantes universitarios con enfermedades mentales versus una muestra universitaria general. *Mermelada. Col. Salud* 60, 1–7.
- *Seligman, MEP, Schulman, P., DeRubeis, RJ, Hollon, SD, 1999. La prevención de la depresión y la ansiedad. *Anterior Tratar.* 2, 1–24. <https://doi.org/10.1037/1522-3736.2.1.28a>.
- *Sethi, S., Campbell, AJ, Ellis, LA, 2010. El uso de paquetes de autoayuda computarizados para tratar la depresión y la ansiedad de los adolescentes. *J. Tecnología. Tararear. serv.* 28, 144–160. <https://doi.org/10.1080/15228835.2010.508317>.
- *Shankarapillai, R., Nair, MA, George, R., 2012. El efecto del yoga en la reducción del estrés para estudiantes de odontología que realizan su primera cirugía periodontal: un estudio controlado aleatorizado. *En t. J. Yoga* 5, 48–51. <https://doi.org/10.4103/0973-6131.91714>.
- *Shapiro, SL, Schwartz, GE, Bonner, G., 1998. Effects of mindfulness-based stress reduction in estudiantes de medicina y premedicina. *J. Comportamiento. Medicina.* 21, 581–599. <https://doi.org/10.1023/A:1018700829825>.
- *Shearer, A., Hunt, M., Chowdhury, M., Nicol, L., 2016. Efectos de una breve intervención de meditación de atención plena sobre el estrés de los estudiantes y la variabilidad de la frecuencia cardíaca. *En t. J. Manejo del Estrés.* 23, 232. <https://doi.org/10.1037/a0039814>.
- *Song, Y., Lindquist, R., 2014. Efectos de la reducción del estrés basada en la atención plena sobre la depresión, la ansiedad, el estrés y la atención plena en estudiantes de enfermería coreanos. *Enfermera Educ. Hoy* 35, 86–90. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.06.010>.
- Southam-Gerow, Ma, Daleiden, EL, Chorpita, BF, Bae, C., Mitchell, C., Faye, M., Alba, M., 2014. Mapeando el condado de Los Ángeles: tomando un modelo de salud mental basado en evidencia cuidado a escala. *J. Clin. Niño. Adolesc. psicol.* 43, 190–200. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.833098>.
- *Steinhardt, M., Dolbier, C., 2008. Evaluación de una intervención de resiliencia para mejorar estrategias de afrontamiento y factores protectores y disminuir la sintomatología. *Mermelada. Col. Salud* 56, 445–453. <https://doi.org/10.3200/JACH.56.4.445-454>.
- *Stephens, RL, 1992. Imágenes: un tratamiento para la ansiedad de los estudiantes de enfermería. *J. Enfermeras. Educ.* 31, 314–320.
- *Taylor, BL, Strauss, C., Cavanagh, K., Jones, F., 2014. La eficacia de la terapia cognitiva de autoayuda basada en la atención plena en una muestra de estudiantes: un ensayo controlado aleatorizado. *Comportamiento Res. El r.* 63, 63–69. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.09.007>.
- Torgerson, CJ, 2006. Sesgo de publicación: el talón de Aquiles de las revisiones sistemáticas. *Hermano j Educ. Semental.* 54, 89–102.
- *Warnecke, E., Quinn, S., Ogden, K., Towle, N., Nelson, MR, 2011. Un ensayo controlado aleatorio de los efectos de la práctica de la atención plena en los niveles de estrés de los estudiantes de medicina. *Medicina. Educ.* 45, 381–388. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03877.x>.
- Weisz, JR, Sandler, IN, Durlak, JA, Anton, BS, 2005. Promoción y protección de la salud mental de los jóvenes a través de la prevención y el tratamiento basados en la evidencia. *Soy. psicol.* 60, 628–648. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.6.628>.
- Weisz, JR, Ugueto, AM, Herren, J., Afienko, SR, Rutt, C., 2011. Kernels vs. Ears, y otras preguntas para una ciencia de diseminación del tratamiento. *clin. psicol. ciencia Practica* 18, 41–46. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01233.x>.
- * Whitehouse, WG, Dinges, DF, Orne, EC, Keller, SE, Bates, BL, Bauer, NK, ..., Orne, MT, 1996. Efectos psicosociales e inmunológicos del entrenamiento en autohipnosis para el manejo del estrés durante el primer semestre de la facultad de medicina. *Psicosom. Medicina.* 58, 249–263.
- *Wolitzky-Taylor, KB, Telch, MJ, 2010. Eficacia de los tratamientos autoadministrados para la preocupación académica patológica: un ensayo controlado aleatorio. *Comportamiento Res. El r.* 48, 840–850. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.019>.
- *Yusoff, MSB, Esa, AR, 2015. Una intervención basada en DEAL para la reducción de Presión, negación, autculabilidad y estrés académico: un ensayo controlado aleatorizado. *j Universidad de Taibah Medicina. ciencia* 10, 82–92. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2014.06.003>.
- Zivin, K., Eisenberg, D., Gollust, SE, Golberstein, E., 2009. Persistencia de problemas y necesidades de salud mental en una población de estudiantes universitarios. *J. Afecto. Desorden.* 117, 180–185.
- *Zuroff, DC, Schwarz, JC, 1978. Efectos de la meditación trascendental y la relajación muscular en la ansiedad característica, la inadaptación, el locus de control y el consumo de drogas. *J. Consultar. clin. psicol.* 46, 264–271. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.46.2.264>.